ROCZNIK
PSYCHJATRYCZNY

Organ Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego

ZESZYT I

WYDANY Z ZAPOMOGI WYDZIAŁU NAUKI MINISTERSTWA WYZNAŃ RELIGIJNYCH I OŚWIECENIA PUBLICZNEGO

REDAKTOR

Prof. D-r JAN MAZURKIEWICZ

1923

SKŁAD GŁÓWNY: Księgarnia E. WENDE i S-ka (Tow. Wyd. „Ignis")

Żyjemy obecnie wszyscy w trudnej, ale wielkiej epoce organizacji naszego życia państwowego i społecznego. Organizują się dzisiaj w Polsce wszystkie działy pracy, dążąc do zespolenia rozdartych do niedawna dzielnic i do podniesienia poziomu pracy polskiej.

Potrzeby polskiego pisma psychjatrycznego nie trzeba długo uzasadniać. Posiadamy dzisiaj w Polsce 5 katedr psychjatrycznych w uniwersytetach, 12 większych szpitali dla psychicznie chorych oprócz oddziałów specjalnych przy szpitalach powszechnych. Wobec braku własnego organu, wszystkie te ogniska są prawie pozbawione możności ogłaszania swych prac naukowych i wzajemnej wymiany myśli w ważnych sprawach zarówno administracji tych instytucji, jak i wogóle opieki nad psychicznie chorymi, tak bardzo przecież na ziemiach naszych zaniedbanej, z wyjątkiem województw poznańskiego, pomorskiego i górnośląskiego. Wobec braku własnego organu, przedstawiciele naszej psychjatrji nie mogą wywierać tego wpływu, który wywierać by powinni, na projekty ustaw, mających na celu uporządkowanie i ujednostajnienie podstaw prawnych opieki psychjatrycznej, a także na te działy projektowanych kodeksów karnego i cywilnego, które pozostają w ścisłym związku z zagadnieniami psychjatrycznemi. Wreszcie istniejące już i rozwijające się coraz bardziej w szkolnictwie naszem szkoły i oddziały dla dzieci niedorozwiniętych i anormalnych, stanowią znowuż dział pokrewny a tak wielki, że w innych państwach rozporządza własnym albo nawet własnemi organami.

Wszystkie te działy psychjatrji teoretycznej i praktycznej wchodzą w program naszego „Rocznika Psychjatrycznego", który może zainteresuje nie tylko ściślejsze grono specjalistów, ale także lekarzy państwowych, i tych prawników i wychowawców, którzy mają do czynienia z zagadnieniami psychjatrycznemi.

Oprócz prac oryginalnych, Rocznik Psychjatryczny zawierać będzie w następnych zeszytach możliwie obszerny dział referatów z literatur obcych, tak mało nam obecnie dostępnych. Również stałą rubryką „Rocznika" będzie „Kronika Psychjatryczna", o której stałe zasilanie prosimy Czytelników, a która ma na celu odźwierciadlanie bieżącego życia naszych instytucji psychjatrycznych.

Rozpoczynamy wydawnictwo „Rocznika Psychjatrycznego“ zeszytami, których rozmiary i daty wydania zależne będą od moralnego i materjalnego poparcia czytelników.

Już u progu naszej pracy natknęliśmy się na wielkie trudności, wynikające z nieustalonego dotąd polskiego mianownictwa psychjatrycznego. Zdajemy sobie dokładnie sprawę z ogromu pracy, koniecznej dla ustalenia go w sposób racjonalny. Uważamy, iż w pracy tej powinien wziąść udział ogół psychjatrów polskich, gdyż niewątpliwie przerasta ona siły Komitetu Redakcyjnego. Postanowiliśmy narazie możliwie najmniej odbiegać od mianownictwa, używanego przez autorów poszczególnych artykułów. Rozbieżność używanych terminów jest jednak tak wielka, że w niektórych przypadkach Komitet Redakcyjny zmuszony jest wprowadzać pewne zmiany. Proponowane przez nas mianownictwo—narazie dotyczące jednostek chorobowych—podajemy zatem tutaj nie jako rzecz ustaloną, ale jako przedmiot do uwag krytycznych, o których nadsyłanie upraszamy czytelników w mniemaniu, że po upływie lat w ten sposób polscy psychjatrzy w porozumieniu ze znawcami języka polskiego dojdą do należytego opracowania „Słownika Psychjatrycznego“.

Redakcja.

WSPÓŁPRACA PSYCHJATRY I PRAWNIKA *)

napisał

Prof. WACŁAW MAKOWSKI.

Muszę tu przedewszystkiem złożyć organizatorom Zjazdu wyrazy głębokiej wdzięczności za to, że raczyli zaszczycić mię powołaniem do wygłoszenia wstępnego referatu.

Niezależnie bowiem od wagi społecznej poruszanych tu zagadnień i mojego żywego w tym względzie zainteresowania, miasto w którem się zjazd odbywa, miejsce w którem się znajdujemy, ma szczególne dla mnie znaczenie. Tutaj urodziłem się, tu chodziłem do szkół w czasie największego rozpasania przemocy moskiewskiej nad wileńszczyzną. Tu w chwilach największego zgnębienia w korytarzach i podwórkach tego dostojnego gmachu słuchałem głosów w te szanowne mury zaklętych, pełnych siły i dawnej sławy. Tu czytałem na poczobutowej wieży: Addit, antiquis virtus nova lumina coeli.

I uwierzyłem w prawdę tych słów.

Cóż dziwnego, że dzisiaj ze wzruszeniem głębokiem zabieram głos w tem samem miejscu przed tak poważnem zgromadzeniem, stanowiącem żywy wyraz pracy i nauki polskiej. W tem miejscu, gdzie polscy uczeni śmiałą i pewną ręką nawiązują węzły tradycji naukowej dawnego sławnej pamięci uniwersytetu Wileńskiego.

Ale we wzruszeniu tem jest coś więcej, niż żywe bicie serca i drżenie głosu; w tem wzruszeniu jest wiara niezłomna i wola abyśmy tak przebogato szczodrze od losu obdarowani nie zmarnowali niesłychanego daru.

Nie czas nam tedy wzruszać się, wspominać przeszłość odległą lub wczorajszą, sławną lub pełną niedoli. Posiedliśmy ojczyznę, mu-

*) Według odczytu, wygłoszonego an III Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie.

simy więc wytężyć cały zasób sił ducha, mózgu i ramienia aby „nam naród jak pieśń żywą stworzyć!“

A jeśli praca nad tworzeniem doskonałych urządzeń państwowych może być zadaniem każdego obywatela, to są pewne zakresy, w których łączyć się będą szczególnie prace pewnych zawodów, ludzi, którzy uwagę swoją skupili szczególnie na pewnych grupach zagadnień życia społecznego i szukają najlepszych ich rozwiązań.

Jednem z takich zagadnień jest kwestja wymiaru sprawiedliwości, która z jednej strony zajmuje od kilku już lat szereg prawników, zgromadzonych w komisji kodyfikacyjnej i również od szeregu lat jest przedmiotem narad psychjatrów na ich zjazdach naukowych. Bezpośrednim, praktycznym, że tak powiem, wyrazem tego zainteresowania była formuła niepoczytalności mająca wejść do kodeksu karnego polskiego, a obok niej zagadnienie i formuła poczytalności zmniejszonej.

Nie mam zamiaru wracać tu do tych zagadnień już tak wyczerpująco przez znakomitych referentów zagadnienia na poprzednich zjazdach omówionych, ani też omawiać zapadłych już w tym przedmiocie uchwał.

Chcę natomiast ująć zagadnienie to nieco z innej, zasadniczej i filozoficznej, że się tak wyrażę, strony, ażeby wskazać jak ważną rzeczą jest współpraca dwuch różnych zawodów na jednem polu, i jak ważne zagadnienia ma ona do rozstrzygnięcia.

Dopóki zagadnieniem odpowiedzialności zajmowali się tylko prawnicy, potrafili oni konstruować rozmaite subtelne różnice form złego zamiaru, form winy wogóle, ale dopiero na gruncie lekarskiego badania chorej psyche ludzkiej powstały nowe w tym kierunku koncepcje.

Niestety jednak pobieżny chociażby przegląd tych koncepcji wskazuje na zupełną nierozwiązalność postawionych przez nie zagadnień bez jednoczesnej istotnej zmiany zasadniczego stanowiska.

Prawnik postawił tezę winy i kary. Nie jest naszą rzeczą zastanawiać się obecnie nad historycznym tej tezy rozwojem. Wystarcza stwierdzić, że tkwi ona głęboko w świadomości społecznej, jako produkt wielowiekowego stosowania urządzeń, na tej koncepcji opartych. Rzeczą charakterystyczną jest, że pojęcie winy przychodzi o wiele później, jako ex post dodane uzasadnienie reakcji karzącej, że dzisiejsze pojęcie winy, zabarwionej subjektywnemi cechami przedewszystkiem, odbiega daleko od dawnej „winy“, mającej wyłącznie objektywne znaczenie. Rozróżnienie pojęć wina i kara następuje w języku

polskim dopiero około XV wieku, zapewne też w tym czasie zaczyna się stopniowa tendencja do subjektywizacji zagadnienia.

Ale wyraźnie subjektywne zabarwienie winy przynosi wiek XIX. Przestaje się mówić o zbrodni, a zaczyna się mówić o zbrodniarzu, o jego cechach osobistych, skłaniających go do przestępstwa, o środkach, które do niego, ze względu na jego charakter, a nie tylko jako skutek objektywny przestępstwa mają być zastosowane. Tą drogą zostały położone podwaliny nowego ujęcia kwestji. Na miejsce objektywnego związku przyczynowego, „przypisalności", wystarczającej dla prawnika, wysunięto „poczytalność", która była już cechą subjektywną, subjektywnym warunkiem odpowiedzialności, potrzebnym nietyle prawnikowi, co psychjatrze.

Na razie dwie te koncepcje łączyły się ze sobą dość zgodnie. Konstrukcję poczytalności wtłoczono zgrabnie w ramy odpowiedzialności prawnej, jako jeden z jej warunków, zachodziła wprawdzie trudność teoretyczna w wypadku obłąkania. Człowiek uznany za niewinnego z powodu niepoczytalności, jako chory umysłowo ze względu na securitatem proximorum miał być jednak poddany stosowaniu nieuzasadnionych, ponieważ niezawinionych skrępowań. Niektórzy prawnicy słusznie widzieli w tem niekonsekwencję, ale nie dochodzili jeszcze do konsekwencji wynikających stąd wniosków *).

Jednakże z biegiem dalszego rozwoju nauki, ze znakomitym rozwojem psychjatrji łączy się nowa teza, podająca w wątpliwość samą zasadę połączenia odpowiedzialności prawniczej i poczytalności, jako podstaw zawinienia i kary. Powstaje koncepcja poczytalności zmniejszonej, albo odpowiedzialności zmniejszonej. Koncepcja ta, jak to nietrudno spostrzec, zawiera w sobie wewnętrzną sprzeczność. Dąży ona do zaszczepienia gruszek psychjatrycznych na wierzbie prawniczej. Jeżeli psychjatra może i musi twierdzić, że w życiu i psychice poszczególnych jednostek ludzkich niema stałych nieprzekraczalnych słupów granicznych, a jest nieskończoność różnorodnych przejawów indywidualnych, to dla prawnika twierdzenie takie jest samobójstwem.

Dopóki prawnik stał na gruncie objektywizmu był panem swojego prawniczego korabiu, ster spoczywał w jego rękach i źle czy dobrze płynął jednak po konsekwentnie obranej drodze, po prostej linji.

Z chwilą, gdy prawnik dał się uwieść podszeptom subjektywizmu, stracił panowanie nad swoją nawą, ster wypadł z jego rąk i nic go

*) NB. Mancini 1877. Alimena 1910.

już nie uratuje. Nawa nie płynie już po linji prostej, przeciwnie dąży właśnie do tego aby świadomie co chwila zmieniać swój kierunek w zależności od każdego poszczególnego wypadku. Cóż się stanie tedy z zasadą odpowiedzialności.

Sprawa poczytalności zmniejszonej stała się przedmiotem oburzenia, darto togi sędziowskie. Niestety zapóźno, należało je podrzeć już wówczas, kiedy pierwsze koncepcje subjektywnych podstaw odpowiedzialności zaczęły się wdzierać do pojęć prawniczych, w konsekwencji bowiem musiały one do takich skutków doprowadzić.

Żartowano z odpowiedzialności dzielonej na ćwiartki i ósemki, twierdzono, że albo odpowiedzialność jest, albo jej niema — tertium non datur—i twierdzono słusznie. Bowiem na gruncie objektywnym nie można mówić o częściowym związku przyczynowym, albo coś jest przyczyną, warunkiem sine qua non skutku, albo nie.

W dziedzinie subjektywnej sprawa wygląda inaczej, ale zgoła nie po prawniczemu.

Jakież bowiem płyną stąd skutki?

Jeżeli staniemy na gruncie związku pomiędzy odpowiedzialnością a rozmiarami represji karzącej, to przyjąwszy pewną normę kary oznaczonej w ustawie w przypuszczeniu całkowitej normalnej odpowiedzialności sprawcy, będziemy musieli przyjąć, że odpowiedzialność zmniejszona zmniejsza zarazem niezbędne subjektywne warunki karalności, czyli nakazuje konsekwentnie zmniejszenie kary, a czy to się stanie w drodze swobodnego indywidualizowania kary przez sędziego, czy też w drodze uznania ustawowo przewidzianych okoliczności łagodzących (zmniejszona poczytalność), to już wszystko jedno; zasada każdemu wedle jego winy, będąca subjektywną podstawą odpowiedzialności doprowadzi nas do uznania zmniejszonej karalności półpoczytalnych, jako ludzi, których wina nie osiąga normalnego stopnia złośliwości ze względu na chorobowe cechy ich psychiki.

Gdybyśmy jednak w ten prosty sposób próbowali rozwiązać to zagadnienie, spotkalibyśmy się z zasłużonem potępieniem. Bo najważniejszy czynnik, usprawiedliwiający stosowanie kary wogóle — interes społeczny—nie byłby tu uwzględniony, przeciwnie byłby narażony na wyraźny szwank.

Jasną bowiem jest rzeczą, że t. zw. zmniejszona poczytalność polega na zmniejszeniu odporności na podniety prowadzące do działań społecznie szkodliwych, że zmniejszona kara krócej ochraniać będzie skazanego od zetknięcia z temi podnietami, że szkodliwość

społeczna prędzej i łatwiej będzie się mogla w tych warunkach ujawnić.

W większości wypadków jest to droga do kultywowania recydywy.

Uchwały zjazdu psychjatrów w Genewie w r. 1907 domagały się, aby lekarzom biegłym w sądzie nie stawiano pytania o odpowiedzialności, jako pozalekarskiego i metafizycznego.

W 1910 roku prawnik Alimena w swojej książce wywodził, że jest rzeczą potworną zamykanie w szpitalu obłąkanych przestępców, gdyż niepoczytalny nie może ponosić odpowiedzialności i kary.

Dwie te opinje były obrazem kulminacyjnego punktu rozbieżności pomiędzy światopoglądem lekarskim i prawniczym. Zarazem jednak szukano już punktów stycznych, gruntu właściwego dla porozumienia i współpracy tych dwóch światopoglądów.

I można powiedzieć, że właśnie przyrodniczy światopogląd psychjatryczny odniósł tu przewagę, zaczęto mówić o zbędności rozstrzygania zagadnienia winy i odpowiedzialności, a natomiast o oparciu reakcji społecznej na gruncie bezpieczeństwa publicznego, o stosowaniu środków zabezpieczających nie tylko ad securitatem proximorum, ale ad securitatem societatis, nie tylko względem niepoczytalnych, ale i półpoczytalnych, i zupełnie normalnie odpowiedzialnych.

Jakkolwiek myśl taka i konstrukcja całej polityki kryminalnej na tych zasadach jest jeszcze bardzo daleka od realizacji, to jednak nie można zapominać, że już dziś gdy chodzi o nieletnich przestępców znajduje już ona wyraźne zastosowanie praktyczne, a nawet, ostatnie lata przyniosły wysoce ciekawy projekt kodeksu karnego włoskiego, stojący wyraźnie na gruncie wyeliminowania „metafizycznych" zagadnień winy i wprowadzający nowe koncepcje odpowiedzialności raczej objektywnej, oraz zamiast ustosunkowanej do winy kary, wprowadzający wysoce zindywidualizowane formy „sankcji".

Tak więc twórczość prawnicza w dziedzinie zagadnień wymiaru sprawiedliwości otrzymała nowy bodziec od światopoglądu nieprawniczego i zawdzięcza mu nowe koncepcje. Na gruncie tych koncepcji doprowadzony już, jak widzieliśmy wyżej, do absurdu spór pomiędzy psychjatrami a prawnikami musi ustać, łącząc obydwie grupy uczonych działaczy we wspólnej pracy nad nową organizacją zabezpieczenia społeczeństwa przeciwko ludziom dla niego szkodliwym.

Tak samo jak zasadnicza koncepcja, tak samo jej urzeczywistnienie stać się musi wynikiem wspólnych wysiłków.

STANOWISKO PSYCHJATRY PRZY OCENIE POCZYTALNOŚCI.

napisał

Doc. D-r med. R. RADZIWIŁŁOWICZ.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Kryminologicznego w dniu 30. XI. 1922 r.).

Polskie Towarzystwo Kryminologiczne uczyniło mi wielki zaszczyt powołując do wygłoszenia odczytu na swem inauguracyjnem posiedzeniu.

Towarzystwo ma być terenem współpracy prawników z psychjatrami, forum, na którem byłyby poruszane zagadnienia obchodzące jednych i drugich.

Zgodnie z tym celem pragnąłbym poddać rozważeniu rzecz ściśle prawniczą, poczytalność, lecz oświetlić ją ze stanowiska psychjatrycznego w przeświadczeniu, że zainteresuje to prawników, jak patrzą psychjatrzy na podstawowe założenie ich działalności, z drugiej strony nie będzie może pozbawione interesu dla psychjatrów bliższe rozejrzenie się w zagadnieniu, z którem przychodzi im tak często spotykać się w Sądzie.

Poczytalność uchodzi powszechnie za rzecz obchodzącą tylko prawników, obcą psychjatrom. Formalnie tak jest. W orzeczeniach sądowo-psychjatrycznych unikamy starannie wzmianki o poczytalności, ograniczając wywody nasze ściśle do granic określonych przez charakter działalności naszej w Sądach. Jesteśmy tylko technicznymi doradcami Sądu w zakresach psychjatrycznych, w ocenę poczytalności podsądnego wcale nie wchodzimy. Explicite w rzeczy samej o poczytalności nie mówimy, implicite jednakże jest ona w naszych orzeczeniach zawarta. Wszak wnioski nasze usiłujemy stale ujmować w terminach, w których w przepisach prawa poczytalność, jej brak czy jej ograniczenie, jest formułowana, wchodzimy zatem w jej meri-

tum, bez nazywania rzeczy po imieniu. Jest zatem obowiązkiem psychjatry zdawać sobie sprawę z tego, o czem mówi w swym sądowo-psychjatrycznym wywodzie. To było również powodem, dlaczego wybrałem poczytalność, jako przedmiot mojego przemówienia w tem gronie.

Podstawowem zagadnieniem, jakie rozważanie pojęcia poczytalności nastręcza, jest sprawa przyjęcia zasady, na której całe zagadnienie powinno być oparte: indeterminizm czy determinizm? Czy wolna wola, jako źródło winy, kary czy odpłaty powinna lec u podstawy całego zagadnienia, czy przeciwnie, po stwierdzeniu faktu jej nieistnienia należy sprowadzić rzecz całą do potrzeby zabezpieczenia społeczeństwa przed szkodliwością czynów przestępczych z pozostawieniem całej sprawy odpowiedzialności za czyny popełnione poza nawiasem zagadnienia?

Nie będę dłużej zatrzymywał się w tej chwili nad indeterminizmem. Pojęcie to nie znajduje całkowitego uznania nawet u prawników, wyjąwszy może przedstawicieli t. zw. klasycznej szkoły prawa. Wspomnę tylko pokrótce, że przeczą mu chociażby takie fakty, jak to, że liczba przestępstw przeciwko moralności zależy wyraźnie od warunków klimatycznych, posiada swe minimum w zimie, a maximum w czerwcu i lipcu, kiedy wzrasta $2-2^1/_2$ krotnie w stosunku do liczb w miesiącach zimowych, że liczba przestępstw przeciwko prawu własności rośnie równomiernie ze wzrostem cen na artykuły pierwszej potrzeby, że pewne zwyczaje, połączone z nadużywaniem trunków np. obchody nasze Świąt Wielkanocnych, odbijają się wyraźnie na wzmożonej liczbie przestępstw, związanych z obrażeniem ciała, że pewne przestępstwa wiążą się ściśle z wiekiem przestępcy i t. p. Wszystko to wskazuje wyraźnie, że wolna wola, gdyby nawet istnieć miała, nie jest całkowicie wolna, lecz podlega ograniczeniom, bywa determinowana, i indeterminizm bezwzględny nie znajduje dostatecznego uzasadnienia w faktycznym stanie rzeczy.

Ważniejszą dla mnie obecnie jest sprawa determinizmu i na niej chciałbym zatrzymać się nieco dłużej.

Logiczna podstawa doktryny deterministycznej jest mocniejsza. Jest nawet bardzo mocna i zdawałoby się, żę ils morderont du granit ci, coby ją chcieli naruszyć. Istnieją jednakże i tutaj bardzo wyraźne rysy, podważające granitową niewzruszoność samej podstawy.—Determinizm, jako doktryna, wypływa bezpośrednio z prawa przyczynowości, jest jego rozwinięciem i zastosowaniem.

Każdy skutek ma swoją przyczynę, ta znowu, jako skutek, wypływa z przyczyny poprzedniej, ta znowu z uprzedniej i t. d., każda rzecz, każde zjawisko jest uwarunkowane przez szereg przyczyn i skutków poprzednich, jest przez nie zdeterminowane. Ponieważ dalej te same przyczyny powodują te same skutki, a różne przyczyny, różne skutki, wszelkie szczegóły naszych doświadczeń, nie wyłączając naszych postanowień i usiłowań, są już naprzód uregulowane, jak jest uregulowany mechanizm dobrze skonstruowanego zegarka. Ciągłość przyczyn i skutków nie dopuszcza innego postawienia sprawy.

Czy tak jest w rzeczy samej? Czy rzeczywiście, chcąc obronić stanowisko indeterminizmu, trzeba zrezygnować ze wszystkich rozumowych argumentów, a odwołać się tylko do uczucia, jak to uczynił prof. Łukasiewicz, kiedy w swem przemówieniu, jako nowoobrany Rektor Uniwersytetu Warszawskiego składał wyznanie wiary i stwierdził, że na poparcie swego indeterministycznego poglądu na świat, który wyznaje, nie znajduje uzasadnienia w rozumowych czynnikach. Wydaje się, że tak źle nie jest, że oprócz argumentów uczuciowych można znaleść jeszcze pewne argumenty rozumowe, które za indeterminizmem przemawiają. Oczywiście nie można uzasadnić indeterminizmu bezwzględnego, lecz również i determinizm bezwzględny tak całkowicie bez zarzutów nie jest, i żadna z tych doktryn w swej bezwzględnej postaci utrzymać się nie da, i trzeba myśleć albo o zupełnie innem postawieniu całej sprawy, albo należy dokonać poważnych ograniczeń w bezwzględnym charakterze każdej z nich.

Nie da się zaprzeczyć, że w zakresie zjawisk fizycznych zasada determinizmu musi być utrzymaną. Tutaj twierdzenie, że nietylko każdy skutek ma swoją przyczynę, lecz że łańcuch tych przyczyn jest ciągły, że te same przyczyny powodują te same skutki, a różne przyczyny różne skutki wywołują, potwierdza się w doświadczeniu. Inaczej nawet może być by nie mogło, i gdyby miało być inaczej, umysł nasz nie byłby w stanie zorjentować się w otaczającym wszechświecie, żylibyśmy stale w myślowym chaosie, bez możności znalezienia wyjścia z niego. Lecz czy tak ma się w dziedzinach innych zjawisk, niż fizyczne; w dziedzinach spraw biologicznych, a przedewszystkiem w dziedzinie nas w tej chwili najbardziej obchodzącej, w dziedzinie spraw psychicznych?

Już dziedzina biologiczna nastręcza duże wątpliwości w tej mierze. Jeżeli twierdzenie, że każdy skutek ma swoją przyczynę i tutaj, jest zasadne, to ciągłość szeregów przyczyn i skutków, stałość stwo-

rzonych przez nie uwarunkowań zaczyna budzić wątpliwości; ciągłości zaczynają przeciwstawiać się możliwości, które na zdeterminowanie z góry całego przyczynowego łańcucha mogą posiadać wpływ rozstrzygający. A dalej zasada, że te same przyczyny powodują te same skutki, a różne przyczyny różne skutki, znajduje niejednokrotnie zaprzeczenie w faktach biologicznych, kiedy różne przyczyny te same wywołują skutki, a te same przyczyny dają w wyniku skutki różne. Na fakt ten zwrócił uwagę Marceli Nencki w jednej ze swych chemiczno-fizjologicznych prac; głębokie filozoficzne wyszkolenie, które cechowało ten niepospolity umysł, nie przeszkodziło mu jednakże dojść do wniosku tak zasadniczo sprzecznego z prawem przyczynowości. I w rzeczy samej dość przyjrzeć się bezstronnie faktom biologicznym, ażeby stwierdzić słuszność wypowiedzianej przez Nenckiego myśli. Różne mogą być np. przyczyny, pobudzające nerw ruchowy, mechaniczne, chemiczne, elektryczne, skutek będzie jeden — skurcz mięśnia. Ta sama przyczyna, działająca na ustrój, w jednym wypadku pobudzi go, podniesie jego sprawność biologiczną, w innym przypadku, jeżeli podnieta przejdzie granicę biologicznego przystosowania, wywoła skutek wprost odwrotny, wyczerpie ustrój, a nawet może zniszczyć całkowicie jego fizjologiczną pobudliwość, zabić go. A zatem zasadnicza podstawa deterministycznej doktryny — prawo przyczynowości, nie daje się zastosować w całej rozciągłości w tej dziedzinie zjawisk.

A dziedzina spaw psychicznych? Czy świadomość w rzeczy samej jest tylko sygnałem ostrzegawczym, świstkiem na parowozie życia, jak ją charakteryzował znakomity skądinąd filozof i biolog, Huxley, nie posiada żadnego wpływu na bieg życia i jego rozwój, jest cieniem wlokącym się za życiem, niezdolnym w niczem zmienić jego kształtu, jest tylko jakimś epiphänomenon, zjawiskiem dodatkowem, czynnikiem bez znaczenia?

Czy tak jest w rzeczy samej, czy taka tylko rola przysługuje świadomości, czy w istocie nie posiada ona żadnego ewolucyjnego wpływu? Można przytoczyć cały szereg argumentów, że jest przeciwnie; zatrzymam się tylko na jednym, być może najbardziej przekonywającym. Mam na myśli fakt postępującego rozwoju narządu świadomości, mózgu,—w ewolucyjnym biegu rozwoju gatunków. Idzie on pari passu z rozwojem świadomości i wykazuje stały rozwój zewnętrzny i wewnętrzny w miarę, jak posuwamy się po szczeblach hierarchicznych ewolucji tych narządów, które służą czynnościom psy-

chicznym coraz to wyższego porządku. Od amphioxus lanceolatus, który posiada tylko rdzeń aż do człowieka, którego mózgowie najwyższy osiąga szczebel rozwojowy, widzimy stale postępujący przyrost istoty mózgowej u przedniego odcinka osi mózgowo-rdzeniowej, i jej stałe doskonalenie wewnętrzne. Jeżeli inne części składowe nerwowego układu na różnych hierarchicznych szczeblach okazują stosunkowo nieznaczne wahania rozwojowe, to część układu, służąca wyraźnie sprawom psychicznym wyższego porządku, wykazuje rozwój stały, i ona, a nie inne składniki ustroju jest wykładnikiem miejsca, jakie pewien ustrój zajmuje w hierarchicznym łańcuchu zwierzęcym. Ponieważ części te służą świadomości, jako jej narządy, stąd wniosek prosty, że świadomość posiadać musi znaczenie ewolucyjne, albowiem, gdyby miała nie mieć wpływu na bieg ewolucji, narząd jej, zamiast rozwijać się, musiałby zaniknąć, jak zanikają wszystkie narządy, które utraciły biologiczne znaczenie. Ponieważ jest przeciwnie, ponieważ narząd świadomości nietylko nie zanika, lecz rozwija się w postępującym porządku i ponieważ czynności coraz to wyższego stopnia rozporządzają coraz większemi i coraz doskonalszemi narządami nerwowemi, stąd wniosek prosty, że świadomość jest czynnikiem ewolucyjnym najpierwszorzędniejszego znaczenia, że znaczenie to rośnie w miarę posuwania się po szczeblach hierarchicznych gatunków zwierzęcych, a zjawiska psychiczne coraz to wyższego porządku wywierają coraz to większy wpływ na bieg rozwoju. Jest to argument rozstrzygający dla każdego biologicznie wyszkolonego umysłu, a sądzić należy, że i dla innych posiada znaczenie bardzo przekonywające. Fakt sam jest bezsporny i bardzo elementarny. Proszę teraz zwrócić uwagę, jak dalece stwierdzenie tego faktu rozszerza zakres możliwości przerywających ciągłość deterministycznego łańcucha przyczyn i skutków.

Byłby to argument biologiczny, natury anatomiczno-fizjologicznej. Czy niema innych, czy nie znajdziemy ich w dziedzinie ściśle psychologicznej, w granicach zagadnień doświadczenia wewnętrznego przy całkowitem wyeliminowaniu cerebralizmu, t. j. związku pomiędzy sprawami psychicznemi, a czynnościami mózgowemi?

Dobrze, więc determinizm jest doktryną słuszną. Wszystko zgóry przesądzone, wszystko odbywa się bezemnie, poza mną. Ja sam jestem tylko biernem narzędziem w szeregu przyczyn i skutków, odemnie niezależnych, jestem tylko świadomym automatem poruszanym przez sprężyny, na których działanie wpływu wywrzeć nie mogę, tem samem jestem nieodpowiedzialny za swoje czyny, jestem niepoczy-

talny—kto inny niech za nie odpowiada, ja odpowiedzialności nie ponoszę, jak nie ponosi jej automat, będący tylko posłusznym narzędziem w cudzym ręku. Tak, być może, lecz ja tego nie chcę. Ja chcę odpowiadać za swoje czyny i chcę, jak Edyp w Kolonie, móc zawsze powiedzieć dumnie o sobie „cokolwiek się zdarzy, niech uderzy we mnie“. Całe moje jestestwo duchowe buntuje się przeciwko temu, ażebym miał być uznany za moralnie nieodpowiedzialnego. I nie jest to jakaś moja szczególniejsza idjosynkrazja, jakieś szczególne przeczulenie moralne, ale jest to fakt powszechny, doświadczenie ogólne, a także nie jest to jakiś objaw mojej psychopatycznej konstytucji, lecz zjawisko najbardziej normalne, i jego brak jest raczej objawem patologicznym, dobrze znanym psychjatrji od czasów Pricharda pod nagłówkiem „moral insanity“.

„Jakże bowiem traktować życie na serjo, jeżeli przyjmiemy, że to wszystko, z czego ono się składa, nie wyłączając naszego własnego ja, w gruncie rzeczy jest tylko złudzeniem, pozorem bez żadnej wagi, nie odpowiadającym życiu realnemu ani prawdziwej niezależności. Jakże obstawać w rozróżnianiu złego od dobrego, prawdy od fałszu, sprawiedliwości od bezprawia w świecie, gdzie pojęcia te są poniekąd identyczne, stanowiąc objawienia Istoty jedynej, z której powstały, jako nieubłagana konieczność.

Pocóżbyśmy mieli unosić się zapałem, walczyć, cierpieć może dla jakiejś sprawy lub jakiegoś ideału, gdy zgóry wiemy, że wszelkie nasze wysiłki nic zmienić nie zdołają: co stać się musi, stanie się, co stać się nie ma, nie stanie się, bo przyszłość tai się w przeszłości i wynika z niej nieodwołalnie, siłą jakiejś nieubłaganej obcej nam potęgi.

Cóż uzyskamy, siląc się na dobre uczynki lub dążenia do ulepszenia świata, jeżeli, wyrażając się ściśle, nie my sami przez się działamy, lecz jesteśmy narzędziami losu, a tory świata przed wiekami są już wytknięte w łonie Mgławicy pierwotnej lub Materji wszechbytu. Całe to istnienie schodzi właściwie do poziomu komedji lub jakże często niestety tragedji, w której odgrywamy bierną rolę, narzuconą nam ręką Absolutu, na wzór marjonetek, obdarzonych świadomością, a rolę tę poznajemy li tylko w miarę, jak ją odegrywamy“ *).

*) Prof. Th. Flournoy, Filozofja Williama James'a. Przekład D-ra de Beaurain'a, Warszawa 1923, str. 26 i 27.

Jest to, jak zaznaczyłem powyżej, doświadczenie powszechne, i jako psycholog-przyrodnik nie mam prawa przechodzić nad niem do porządku, mam obowiązek liczyć się z niem. Moralna strona sprawy nie jest obca również i prawnikom i jest poważnie przez nich brana pod uwagę, zważywszy pedagogiczno-społeczne znaczenie, jakie wymiar sprawiedliwości posiada i wpływ, jaki w tym kierunku wywiera.

Wszelka teorja jest uogólnieniem, pojęciowem ujęciem doświadczalnych faktów, wbrew nim jest bez znaczenia i wartości. Dla przyrodnika istnieje jedna tylko teorja niezmienna, jeden tylko nakaz bezwzględny „contra experimentum nullum argumentum". Jeżeli teorja jest z doświadczeniem sprzeczna, to jest albo błędna i powinna być odrzucona, albo, jeżeli sama w sobie jest słuszna, a przeczy faktom pewnej dziedziny, dowodzi tem, że w tej dziedzinie nie może znaleźć zastosowania i powinna być również z zakresu rozważań tej dziedziny usunięta. Bo nie dość jest dowieść słuszności zasady, jako rzeczy samej w sobie, lecz trzeba dowieść także, że znajduje ona zastosowanie w dziedzinie, do której odnosi się. Jak powiada James w pewnem miejscu Pragmatyzmu, zasada, że „dwa razy dwa jest cztery" jest niewątpliwie słuszna, lecz jeśli zostanie zastosowana jako odpowiedź na pytanie „gdzie ja mieszkam?", to zastosowanie zasady będzie bezrozumne bez względu na wartość zasady „jako rzeczy samej w sobie".

Jakież jest wyjście z tych sprzeczności? To mianowicie, iż należy z całą stanowczością stwierdzić, że żadna z teorji, ani indeterminizm, ani determinizm w swej bezwzględnej postaci nie znajduje potwierdzenia w życiu, w rzeczywistem doświadczeniu. Że, stojąc na gruncie doświadczalnych faktów, można dojść wyłącznie do jednego wniosku, że tylko jakaś postać deterministycznego indeterminizmu stanowić może pojęciowe ujęcie, w którem fakty doświadczalne umieścić się mogą całkowicie. Ani bezwzględny indeterminizm, ani bezwzględny determinizm tego nam nie dają i muszą być odrzucone.

Tak, lecz deterministyczny indeterminizm to nonsens, to contradictio in adjecto, to naruszenie zasady logicznej wyłączonego środka, zaprzeczenie prawa sprzeczności. Być może. Tak ujęte zagadnienie niewątpliwie jest sprzeczne z przepisami logiki formalnej, lecz czy ma to oznaczać równocześnie, że jest ono bezrozumne. Niewątpliwie nie. Trzeba zdobyć się na pewien wysiłek odwagi, jak w tej chwili zresztą już niewielki, i stwierdzić, że przepisy logiki formalnej nie posiadają już obecnie tego bezwzględnego charakteru, jaki przypisywano im do niedawna i że badania współczesne postawiły, szczególnie nao-

koło zasady sprzeczności, tyle znaków zapytania, że nadwerężyły w sposób bardzo znaczny jej dotychczas nienaruszalną podstawę.

Nie idę w swych poglądach na znaczenie logiki tak daleko, jak zaszedł profesor tego przedmiotu w Oxfordzie, F. C. S. Schiller, który we wstępie do swej Logiki Formalnej powiada, że logika jest to przedmiot, którego nie można wykładać bez utraty szacunku dla siebie samego (without loss of self respect), lecz nabrałem poważnych wątpliwości, czy przepisy tej przeszło dwutysiącoletniej staruszki są w rzeczy samej tak wartościowe, jak nas o tem dotychczas uczono? Znakomity filozof współczesny Bertrand Russel ma poważne wątpliwości co do prawa sprzeczności w dziedzinie matematycznej. Wydawało mi się zawsze, że np. prąd indukcyjny jest dużem zaprzeczeniem prawa sprzeczności w dziedzinie fizycznej. Marceli Nencki, który ze wszystkich uczonych zbliżył się może najbardziej do odpowiedzi na pytanie, czem jest życie? uważa, że współczesne zachodzenie sprzecznych spraw utleniania i odtleniania jest najistotniejszym rysem charakterystycznym życia, jako biologicznego zjawiska. Niemożliwe w kolbce czy próbówce zachodzi w żywym ustroju i nadaje mu tem cechy, różniące je zasadniczo od ciał przyrody martwej. W psychopatologji mamy ciągle do czynienia ze zderzeniami sprzecznych spraw psychicznych nietylko w dziedzinie motywów lub wyobrażeń, lecz także i w dziedzinie uczuć, gdzie nierzadko spotykamy współczesne zachodzenie biegunowo sprzecznych uczuwań. Podobnie w psychologji. Syntetyczność myślenia np. stanowiąca największą jego wartość, polega głównie na scalaniu rzeczy ze sobą sprzecznych, tak, żeby nie rozpraszały one uwagi, lecz tworzyły całość wewnętrznie zwartą, którą można ująć i zmieścić w jednym rzucie uwagi.

Mnie osobiście moją wiarę w nieomylność i wartość logiki w ogólności zachwiała obserwacja pewnej kategorji naszych zakładowych klijentów, którzy wykazywać mogą zadziwiającą sprawność w posługiwaniu się aparatem logicznego myślenia, a jednak pozostają pod opieką zakładu psychjatrycznego, i to nie dla jakichś braków w dziedzinie uczucia czy usiłowania, lecz dla wyraźnych braków w dziedzinie umysłowej. Widocznie logiczna poprawność myślenia nie stanowi jego wartości najważniejszej, a psychologiczny rozbiór aktu myślenia przekonywa nas o tem w całej pełni. Nielogiczność zatem pojęcia „deterministyczny indeterminizm“ bynajmniej mnie nie przestrasza i nie może powstrzymać od uznania jego słuszności, skoro odpowiada ono wynikom doświadczenia.

Rozumiem pojęcie to w ten sposób, że pomiędzy obu granicami, które tworzy z jednej strony bezwzględny determinizm, z drugiej strony również bezwzględny indeterminizm, mieści się cała skala stanów pośrednich, w których przeważa to jeden, to drugi pierwiastek. Od stanów np. alkoholowego transu, czy padaczkowego zamroczenia, w których nie może być mowy o kierowniczym udziale świadomości, w których zdaje się wogóle o świadomości nawet niebardzo mówić możemy, aż do stanów, kiedy np. prowadzony na szubienicę przestępca polityczny jest w stanie opanować wszystkie swoje wzruszenia i tak głęboko tkwiący w każdej żywej istocie instynkt życia, że może pocałować kata, który ma go za chwilę powiesić, u różnych ludzi, a nawet u tych samych w różnych momentach ich życia, stwierdzamy istnienie stanów, które w żadnej z dwóch kategorji zmieścić się nie dadzą i stanowią właśnie pewną postać deterministycznego indeterminizmu, o której wspomniałem powyżej.

W stosunku do interesującego nas w tej chwili zagadnienia poczytalności, o determinizmie bezwzględnym może być mowa tylko w odniesieniu do niepoczytalności całkowitej. Godzą się zresztą na to przedstawiciele obu gałęzi wiedzy, prawnicy i psychjatrzy. Poczytalność, jeżeli indeterminizm ma stanowić zasadę, z której ma wyrastać, zawsze może być tylko względna, mniej lub więcej przez czynniki deterministyczne ograniczona. O poczytalności bezwzględnej w dziedzinie rzeczywistego doświadczenia właściwie nie może być mowy; w tej dziedzinie może być tylko mowa o poczytalności zmniejszonej i o ogromnej zmienności skali jej wahań.

Taki byłby wywód ostateczny psychjatrycznego ujęcia zagadnienia poczytalności. Dyktuje go życie, obserwacja jego przejawów.

Chciałbym jeszcze w rozwinięciu wywodów powyższych dojść do pewnych wniosków i wskazeń w stosunku do zadań, stojących przed naszem Towarzystwem.

Nie oderwane doktryny, które nas mogą dzielić, lecz praca nad porządkowaniem zadań, które nam życie nastręcza powinno być jego celem. Na różnych stojąc stanowiskach możemy pracować razem, jeżeli z hymnu oderwanej teorji zejść potrafimy do zwykłej powieści codziennego życia. Stworzenie polskiego prawodawstwa karnego, które powinno zastąpić obowiązujące u nas dotychczas prawodawstwo zaborców, oto zadanie, które nam chwila obecna narzuca. Współpraca z Komisją Kodyfikacyjną, dostarczanie jej materjału, jako wytworu

warsztatu łącznej pracy prawników i psychjatrów, — oto najbliższy nasz cel.

Sądzę, że opracowanie przepisu prawa o niepoczytalności i poczytalności zmniejszonej powinno być przedmiotem najbliższych zebrań naszego Towarzystwa. Nie powinniśmy tylko przynosić na nie apriorycznych teorji, lecz właśnie nasze doświadczenie, zdobyte w obu dziedzinach: prawa i psychjatrji. Będziemy je tutaj przetapiali razem we wspólnym tyglu myślowym, a dodatnie wyniki współpracy nie dadzą długo czekać na siebie.

Powinniśmy tylko wszyscy pamiętać stale o jednem, o tej głębokiej prawdzie, którą tak pięknie ujął Goethe w Fauście:

„Grau, theurer Freund, ist alle Theorie,
„Und grün des Lebens goldener Baum“.

Krajowy Zakład Psychjatryczny w Dziekance pod Gnieznem.

O KLASYFIKACJI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ SCHORZEŃ CIAŁA PRĄŻKOWANEGO.

napisał

D-r med. A. FALKOWSKI *).

Istnieje cały szereg postaci chorobowych z zaburzeniami ruchowemi, dotychczas należycie nie zbadanych i niedostatecznie uklasyfikowanych; do nich należą: pląsawica, atetoza, choroba Parkinsona, choroba Little'a, stwardnienie rzekome i inne. Podłoże anatomiczne tych chorób było do niedawna nieznane, a nawet niektóre, naprz. stwardnienie rzekome Westphala-Strümplla, stwardnienie opuszkowe rzekome, były uważane za nerwice czynnościowe bez zmian anatomicznych. (Strümpell 1912 r. Oppenheim 1913 r.). Dopiero prace Déjèrine'a, C. i O. Vogtów, Ramsay Hunt'a, Alzheimera, Wilsona skierowały badanie na grunt właściwy, rzuciły promień swiatła na podłoże anatomiczne tych chorób, dając możność do oparcia klasyfikacji na bardziej trwałych podstawach. Omawiana przez nas grupa chorób nabiera obecnie znaczenia, ponieważ zapalenie nagminne mózgu, występujące tak często w latach ostatnich, komplikuje się schorzeniem ciała prążkowanego.

W 1912 r. Wilson opisał postać chorobową, noszącą obecnie jego imię; występują w niej stale zmiany w jądrze soczewkowatem i w wątrobie. Późniejsze badania wykazały, że wspomniane powyżej choroby mają tę wspólną cechę, że są umiejscowione głównie w ciele prążkowanem. W ciele prążkowanem rozróżniano do niedawna jądro ogoniaste i jądro soczewkowate, składające się z trzech części:

*) Według odczytu, wygłoszonego na III Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie.

dwóch wewnętrznych, stanowiących globus pallidus (kulę bladą) i zewnętrznej — putamen (łupiny).

Badania lat ostatnich, oparte na danych histologji, anatomji porównawczej i embrjologji, dowiodły, że inny podział bardziej odpowiada rzeczywistości. Kula blada składa się wyłącznie z komórek, należących do typu Golgi I z długimi wyrostkami osiowymi, z protoplazmą, zawierającą dużo zasadowo barwiącej się substancji; komórki te należą do typu komórek ruchowych, podobne są do tych, które znajdują się w ośrodkach ruchowych kory mózgowej i w przednich rogach rdzenia. W ciele ogoniastem i w łupinie znajdujemy, oprócz wyżej opisanych komórek ruchowych, komórki drobne z krótkimi wyrostkami osiowymi, dużą ilością bardzo rozgałęzionych dendrytów, z protoplazmą ubogą w zasadowo barwiącą się substancję; komórki te należą do typu Golgi II i tworzą system kojarzeniowy.

Ciało prążkowane należy do narządów onto- i filogenetycznie starych; okres myelinizacji włókien od niego idących jest u płodu ludzkiego bardzo wczesnym: włókna ansae lenticularis w 4-ym miesiącu życia płodowego już się myelinizują. Kula blada jest filogenetycznie starsza, u ryb jest już dobrze rozwinięta, podczas gdy jądro ogoniaste i łupina powstaje dopiero u płazów. Pogląd, że ciało prążkowane jest narządem szczątkowym, okazał się mylnym. Stosownie do powyższego nowy podział ciała prążkowanego jest następujący: 1) dwa wewnętrzne odcinki jądra soczewkowatego tworzą pallidum i 2) striatum, składające słę z łupiny i jądra ogoniastego.

Pallidum i striatum łączą się pomiędzy sobą za pomocą cienkich włókienek, wychodzących z jądra ogoniastego i łupiny, przenikających do środka i do dołu w kierunku pallidum, przebijając się przytem pomiędzy grubszymi włóknami torebki wewnętrznej. Wilson wykazał, że zniszczenie łupiny powoduje zanik włókienek, idących od striatum do pallidum, i że zanik ten nie przekracza poza pallidum, Dowiedzionem zostało również, że niema bezpośredniego połączenia pomiędzy striatum i korą mózgową (Nissll).

Pallidum łączy się za pomocą filogenetycznie bardzo starego systemu włókien z wzgórkiem wzrokowym i centrami podwzrokowymi. Myelinizacja tych dróg odbywa się bardzo wcześnie. Za pomocą metody Weigert-Pal'a wyodrębniono 3 główne drogi, które od pallidum idą w kierunku wzgórka wzrokowego i okolicy podwzrokowej. Najważniejsza z nich idzie przez torebkę wewnętrzną i dochodzi do części zewnętrznych i przedniodolnych wzgórka wzrokowego. Poniżej tej

drogi spotykamy włókna, które otaczają pes pedunculi cerebri i dochodzą do okolicy podwzrokowej. Z temi ostatniemi łączą się te, które idą do ciała Luys'a i do jego pochewki. Za pomocą metody wtórnej degeneracji udało się wykryć włókna, idące od kuli bladej do jądra czerwonego, do miejsca czarnego i tuber cinereum.

Streszczając powyższe mamy następujące drogi:

1) Tractus pallidothalamicus,

2) Tractus pallidomesencephalicus (striotegmentalis do jądra Darkszewicza),

3) Tractus pallido-rubralis homo- i heterolateralis,

4) Tractus pallido-Luysi homolateralis,

5) Tractus pallidus ad locum nigrum homolateralis.

Drogi doprowadzające odbiera ciało prążkowane wyłącznie od wzgórka wzrokowego. Ciało prążkowane jest niezależne od kory mózgowej, tworząc system autonomiczny, którego włókna doprowadzające idą jedynie od wzgórka wzrokowego. Włókna odprowadzające kierują się w stronę wzgórka wzrokowego, do ośrodków podwzrokowych: ciała Luys'a, jądra czerwonego, miejsca czarnego, tegmentum pedunculi. Z punktu widzenia fizjologicznego jest to ośrodek wyłącznie ruchowy.

Objawy kliniczne schorzeń, które powstają na tle procesów chorobowych w ciele prążkowanem, dadzą się sprowadzić do trzech zasadniczych: 1) zmiana napięcia mięśniowego, 2) ruchy przymusowe i 3) zaburzenia w wykonywaniu ruchów automatycznych i skojarzonych. Zniszczenie dużych komórek typu Golgi I w ciele prążkowanem wywołuje wzmożenie napięcia mięśniowego, drżenie, zaburzenie ruchów automatycznych i skojarzonych. Zniszczenie lub schorzenie małych komórek w łupinie i jądrze ogoniastem powoduje atetozę i ruchy pląsawicze. Stosunki anatomiczne i czynności ciała prążkowanego są zawiłe i jeszcze mało znane; procesy chorobowe nie przebiegają schematycznie, nie są jednolite; procesy degeneracyjne wpływają w inny sposób i inne wywołują skutki, niż zapalne, nowotworowe lub powstałe na tle zaburzeń rozwoju; zarówno bezpośrednio na tkankę sąsiednią jak też pośrednio przez zwyrodnienie wtórne. Pomimo wspomnianych trudności udało się stworzyć próbę klasyfikacji omawianej grupy chorób.

Etjologja tych chorób nie jest jednolitą. Jako przyczyny występują choroby zakaźne, jak dur, ostry reumatyzm stawowy, kiła, nagminne zapalenie mózgu i inne, miażdżyca naczyń, zwyrodnienie

starcze, zaburzenia w czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, zaburzenia w rozwoju.

I. Zespół objawów ciała prążkowanego przy zmianach w striatum i pallidum.

1. Choroba Wilsona czyli zwyrodnienie jądra soczewkowatego. Choroba występuje w młodym wieku, często bywa kilka przypadków w jednej rodzinie. Najstalszym objawem jest wzmożone napięcie mięśniowe, zaczyna się najczęściej w kończynach dolnych, przechodzi na kończyny górne, szyję, twarz, tułów. Chory nieruchomy, w postawie przygarbionej, z twarzą maskowatą, ma wygląd swoisty. Drugim zasadniczym objawem choroby Wilsona są ruchy przymusowe w postaci drżenia, ruchów pląsawiczych i ruchów, podobnych do atetozy. Drżenie jest miarowe, oscylacyjne. Uwaga, ruchy dowolne, podniecenie psychiczne wzmagają drżenie; spokój osłabia; sen, narkoza znosi drżenie. Wreszcie trzecim objawem podstawowym choroby Wilsona są zaburzenia w wykonywaniu ruchów automatycznych i skojarzonych czyli harmonji ruchów. Celowość ruchów i współruchów znika; osobnik zużywa dużo energji na wykonanie nawet mało złożonych ruchów. Przymusowy spazmatyczny śmiech i płacz, zaburzenia w połykaniu, zaburzenia mowy, dysartria, anartria, aphonia zdarzają się obok cech podstawowych choroby: wzmożonego napięcia, ruchów przymusowych i zaburzeń ruchów automatycznych i skojarzonych. W czystych wypadkach choroby Wilsona brak objawów piramidowych. Stale występują zaburzenia psychiczne, przedewszystkiem intelektualne. Przed stworzeniem przez Wilsona wyżej opisanej jednostki chorobowej znaną była choroba Westphala-Strümplla — stwardnienie rzekome, obecnie uznane przez większość autorów za odmianę choroby Wilsona.

W przypadkach opisanych w 1912 r. Wilson znalazł przedewszystkiem makroskopowo rozmiękczenie i jamistości w obydwóch jądrach soczewkowatych, głównie w łupinie. Histologicznie: zanik tkanki nerwowej, podczas gdy przerastający glej tworzy tkankę gąbczastą, skłonną do rozpadu i tworzenia jamistości. Kula blada była prawie wolna od zmian chorobowych. W jądrze ogoniastem nieznaczny zanik komórek nerwowych, lekki rozpad włókien w torebce zewnętrznej; torebka wewnętrzna zwykle bez zmian, jednak w jednym przypadku Wilson znalazł jamistości pomiędzy włóknami tej okolicy, również lekkie zwyrodnienie włókien ansae lenticularis, oraz włókien, idących od striatum do wzgórka wzrokowego i ciała Luys'a. Te ostatnie zmiany Wilson

uważa za wtórne. W pozostałych częściach ośrodkowego układu nerwowego Wilson zmian nie znalazł.

Wyniki badań Alzheimera nad stwardnieniem rzekomem różnią się od powyższych. Przedewszystkiem Alzheimer nie znalazł makroskopowo rozpadu ani zaniku jąder soczewkowatych; histologiczne badanie wykazało proces chorobowy o charakterze zwyrodnieniowym, rozsiany w całym ośrodkowym układzie nerwowym, chociaż najwięcej zajętymi okazały się jądra u podstawy mózgu, okolice podwzrokowe, most, jądro zębate. Zmiany histologiczne polegają na zachorzeniu komórek nerwowych i swoistem zachowaniu się gleju; tworzą się olbrzymie komórki gleju, nie mające skłonności do wytworzenia włókien, o olbrzymich pęcherzykowatych jądrach, zawierających mało chromatyny; jądra te wysyłają wyrostki o kształcie nieprawidłowym; otaczającej protoplazmy jest mało, zawiera ona charakterystyczny zielonawy barwik, nie dający reakcji na żelazo, nie należący do lipoidów. Te swoiste olbrzymie pierwiastki gleju są bardzo trudne do odróżnienia od zwyrodniałych komórek nerwowych; tylko to, że niektóre z nich posiadają wiele jąder, pozwala wnioskować, że są to komórki gleju, a nie nerwowe. Charakterystycznym jest zupełny brak procesów zapalnych. Dokoła tych komórek nerwowych, które nie miały wyraźnych zmian chorobowych, widzimy komórki gleju, tworzące jakby torebkę, przyczem komórki gleju mają jądra nieznacznie różniące się od normalnych; ilość protoplazmy nie jest zwiększona, protoplazma ma wygląd szklisty. Mamy tu zatem dwie krańcowe postacie procesów anatomicznych: z jednej strony proces zlokalizowany w jądrze soczewkowatem, głównie w łupinie, prowadzący do rozpadu tkanki nerwowej i do tworzenia jamistości; z drugiej strony proces rozsiany w całym ośrodkowym systemie nerwowym bez wybitnych zmian makroskopowych; proces ten nie prowadzi do rozpadu tkanki nerwowej i do tworzenia jamistości, lecz polega na wytwarzaniu swoistych wyżej opisanych pierwiastków gleju. Pomiędzy temi krańcowemi postaciami znajdujemy stany przejściowe. Typowy obraz kliniczny opisany przez Wilsona odpowiada ściśle zmianom anatomicznym przezeń opisanym. Postacie, różniące się mniej lub więcej klinicznie, występują na podłożu anatomicznem bardziej zbliżonem do drugiej kategorji, opisanej przez Alzheimera. Te właśnie ostatnie wypadki były już znane przed Wilsonem jako stwardnienie rzekome czyli choroba Westphala-Strümpl'a.

Stale występują zmiany wątroby, która bywa powiększona lub zmniejszona; mikroskopowo: rozwój tkanki śródmiąższowej, zmiany w komórkach wątrobowych i ich ukształtowaniu. Skleroza śledziony i trzustki, zgrubienie ścianek naczyń krwionośnych, stwardnienie i zwapnienie aorty i większych naczyń.

W rogówce, skórze, oponach mózgowych, w nerkach obserwowano barwik koloru brunatno-zielonego. Dokładnie zbadany jest tylko barwik rogówki, widoczny za życia; barwik tkwi w błonie Descemeta, bezpośrednio pod warstwą nabłonkową. Zabarwienie rogówki częściej spotyka się w postaci Westphala-Strümplla, niż Wilsona.

2. Zespół objawów rzekomo-opuszkowy starczy i przedstarczy. Badanie pośmiertne wykazuje zmiany w striatum i pallidum; proces rozpoczyna się w naczyniach krwionośnych, żanik tkanki nerwowej jest zjawiskiem wtórnem, w przeciwieństwie do choroby Wilsona, gdzie, jak wiemy, zmian pierwotnych w naczyniach niema.

3. Zespół objawów ciała prążkowanego starczy i przedstarczy (Parkinson starczy) występuje w wieku podeszłym. Klinicznie bardzo zbliżony do wyżej wymienionych postaci chorobowych. Przedewszystkiem występują zaburzenia ruchów automatycznych. Różni się zasadniczo od choroby Wilsona brakiem charakterystycznego drżenia; występują natomiast wybitnie ruchy atetotyczne, skurcze o charakterze rotacyjnym. Przedtem nazywano tę postać nieodpowiedniem mianem paralysis agitans sine agitatione. Anatomicznie proces umiejscawia się w całem ciele prążkowanem, najwybitniej w striatum. Zmiany polegają na przeroście gleju, nacieku komórkowym naczyń, skupieniach w tkance jądra soczewkowatego substancji o nieznanym jeszcze składzie chemicznym.

4. Klinicznie do tej samej grupy należy skurcz torsyjny, powstający u osobników młodych od 10 do 20 lat. Choroba robi z początku szybkie postępy, potem nabiera cech procesu przewlekłego, nawet zatrzymuje się w rozwoju. Anatomiczny proces chorobowy nie jest jeszcze zbadany; Thomalla wykazał wspólne cechy z chorobą Wilsona. Zmiany przeważają w łupinie i jądrze ogoniastem, na tej podstawie niektórzy autorowie zaliczają tę postać do schorzeń striatum.

II. Zespół objawów striatum (jądra ogoniastego i łupiny).

1. Zespół objawów C. Vogta, zmiany marmurkowate w striatum (status marmoratus). Należy tu także choroba Little'a. Zabu-

rzenia są obustronne, napięcie mięśniowe wzmożone, ruchy powolne, niezgrabne. Brak porażenia mięśni. Ruchy przymusowe, obustronna atetoza. Choroba objawia się w wieku niemowlęcym, ma skłonność do poprawy.

Anatomicznie stwierdzamy zmniejszenie striatum; histologicznie znajdujemy w striatum ogniska rozsiane, w których brak komórek nerwowych; na ich miejsce występują drobne zmyelinizowane włókna, splecione pomiędzy sobą (status marmoratus). Zmiany są pozostałością z okresu embrjonalnego.

2. Sztywność ogólna z atetozą postępującą. Postać ta różni się od wyżej opisanej przebiegiem o charakterze postępującym. Występuje w pierwszych miesiącach życia. Zasadnicze objawy: atetoza, napięcie mięśniowe, wzmagające się i ustępujące okresowo. Istota zmian anatomicznych polega na zaniku włókien, łączących striatum z pallidum i pallidum ze wzgórkiem wzrokowym. Zmiany najwyraźniejsze w łupinie i jądrze ogoniastem.

3. Pląsawica przewlekła Huntingtona. Różni się zasadniczo od choroby Wilsona zmniejszonem napięciem mięśniowem. Anatomiczne zmiany przy pląsawicy Huntingtona są nam znane dzięki pracom licznych badaczy. Zanik striatum, wybitne zmiany komórek nerwowych i włókien, rozrost gleju, zmiany w naczyniach krwionośnych ciała prążkowanego, zanik tkanki korowej, zwłaszcza w okolicy czołowej i ruchowej, Najwybitniejsze zmiany są w łupinie i jądrze ogoniastem.

4. Pląsawica ostra Sydenhama. Tak samo jak w pląsawicy przewlekłej napięcie mięśni jest osłabione. Anatomiczne zmiany dają obraz stanu zapalnego, rozsianego w szarej substancji mózgowej. Ilość naczyń jest zwiększona, nacieczenie komórkowe, przerost gleju; charakter schorzeń komórek nerwowych nie jest jednolity. Często obserwuje się neuronofagję. Proces chorobowy lokalizuje się najintensywniej w ciele ogoniastem, łupinie, miejscu czarnem, wzgórku wzrokowym; w korze mózgowej rozsiany proces chorobowy.

5. Ogniska w striatum. W przypadku Antona wybroczyny krwi i rozmiękczenia tkanki mózgowej wywoływały ruchy pląsawicze i atetozę. C. i O. Vogt obserwowali przypadki rozmiękczenia tkanki mózgowej i tworzenia się torbieli w głowie jądra ogoniastego i przylegającej części łupiny; w tym przypadku wystąpiła atetoza i pląsawica jednostronna.

III Zespół objawów pallidum.

System pallidalny czyli system dużych komórek ruchowych ciała prążkowanego jest umiejscowiony głównie w kuli bladej, sięga także do striatum i do okolicy podwzrokowej. Stosownie do umiejscowienia schorzenia zmieniają się też i objawy kliniczne. Należy tu choroba Parkinsona — paralysis agitans.

1) Postać, przy której zanikają pierwiastki całego systemu pallidalnego, duże komórki ruchowe. Ilość komórek systemu pallidalnego jest zmniejszona, komórki wykazują zmiany chorobowe; drogi wiodące do wzgórka wzrokowego i okolicy podwzrokowej, są w zaniku; stale znajdują się zmiany w miejscu czarnem. Proces ma charakter wyłącznie degeneracyjny. Występuje w wieku młodym, dojrzałym i przedstarczym. W wieku dojrzałym i przedstarczym oprócz zmian czysto degeneracyjnych występują czasami zmiany w naczyniach krwionośnych. W wieku starczym proces może zaczynać się od naczyń krwionośnych. Jeżeli schorzenia tkanki nerwowej ograniczają się do systemu pallidalnego, to przypadki te należą klinicznie do tej samej grupy.

2) Odrębną postać tworzy odmiana choroby Parkinsona — paralysis agitans sine rigiditate. Anatomicznie różni się od poprzedniej umiejscowieniem procesu chorobowego wyłącznie w kuli bladej.

W Dziekance w ciągu ostatniego roku zaobserwowano 3 przypadki chorób, mających związek z opisywanemi przez nas postaciami. Krótki opis przebiegu choroby i oględzin pośmiertnych przedstawiam obecnie.

1. A. W. 46 lat. Dziedzicznie nie obarczony, alkoholizm umiarkowany. Służył w wojsku, jest żonaty i ma 3 dzieci zdrowych. Zachorował przed 10 laty. Choroba postępowała powoli. Dokładnych wywiadów nie udało się zdobyć.

Przy przyjęciu do szpitala pacjent stoi z nizko opuszczoną głową; nogi ma szeroko rozstawione; co chwila robi ruch głową, to podnosząc ją do góry, przechylając to na prawo, to na lewo. Co pewien czas podnosi maksymalnie ramiona, to jedno, to drugie, przyciskając je do głowy; wykonuje atetotyczne ruchy dłonią i palcami. Twarz ma wyraz przerażenia lub zdziwienia. Otwiera szeroko usta, wysuwa język, rusza nim w lewą i prawą stronę. Gdy siedzi, podrzuca stopą, pojawiają się ruchy atetotyczne palców stopy. Chód jest niepewny, chwiejny; stąpając podrzuca nogami. Mowa bardzo niewyraźna; mówi, jakby wyrzucał słowa z ust. Jeżeli chce uchwycić

jakiś przedmiot, zatacza ręką duże koło, chybia, powtarza po kilka razy podobny ruch, nim trafi. Unieruchomienie dłoni przez trzymanie jakiegoś przedmiotu nie znosi przymusowych ruchów w ramieniu i łokciu. Połykanie jest bardzo utrudnione; pacjent przeżuwa bardzo długo, połyka, jakgdyby wciągał pokarm w siebie.

Podczas snu ruchy przymusowe ustawały.

Źrenice oddziałują dobrze. Czucie zachowane. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Z lewej strony klonus stopy i rzepki, z prawej klonus zaznaczony. Objaw Piotrowskiego zaznaczony. Napięcie mięśni wzmożone.

Chory jest zorjentowany. Brak krytyki i zrozumienia stanu chorobowego; z trudnością rozumie, co się do niego mówi, nie wykonuje zleceń i zachowuje się obojętnie względem otoczenia.

Pacjent znajdował się w zakładzie przez $3^1/_2$ miesiąca; stawał się coraz bardziej apatycznym; mowa, połykanie stawały się coraz więcej utrudnione; słabł coraz bardziej.

Rozpoznanie kliniczne: schorzenie striatum i pallidum.

Badanie pośmiertne. Mózg 1160 gramów. Opona twarda dość mocno przyrośnięta do czaszki. Ilość płynu mózgowo-rdzeniowego znacznie zwiększona. Opona miękka w tylnych częściach nabrzmiała; mętna, ma wygląd galaretowaty, jest ciemno-czerwono zabarwiona, w okolicy czołowej nie jest nabrzmiała. Zwoje mózgowe są w okolicy czołowej bardzo wąskie i mocno pozwijane; brózdy są szerokie; w tylnych częściach mózgu zwoje szerokie, przypłaszczone. Na przekroju szara substancja bardzo wyraźnie odznacza się od białej; drobne naczynia są nastrzyknięte. Komory są znacznie rozszerzone. Lewy wzgórek wzrokowy jest mniejszy, niż prawy. W stosunku do rdzenia przedłużonego i móżdżku przedni mózg jest mały.

Badanie mikroskopowe jest w toku. Dotychczasowe wyniki wskazują na ciężkie zmiany komórek nerwowych, przerost gleju, który tworzy w niektórych miejscach olbrzymie jądra, otoczone protoplazmą. Proces jest rozsiany w całym mózgu.

2. K. W. 23 lata. Przebył w wojsku przed rokiem jakąś ostrą zakaźną chorobę.

Średniego wzrostu, silnie zbudowany. Twarz maskowata, asymetryczna, szpara oczna z lewej strony jest węższa, niż z prawej. Postać nieruchoma, sztywna. Ruchy powolne, niedołężne, niezgrabne.

Napięcie mięśniowe wzmożone, przy ruchach biernych wyczuwa się silny opór. Przy ruchach dowolnych uwydatnia się wyraźnie zahamowanie, nieudolność, ociężałość. Siła mięśniowa zachowana. Chodzi drobnym krokiem, ostrożnie stąpając; obraca się nie po wojskowemu odrazu, lecz z przerwami. Drżenie w kończynach górnych i dolnych, przeważnie w prawej ręce i przedramieniu i w lewej kończynie dolnej, wstrząsające całym tułowiem. Adiadochokinesis w obu rękach, z lewej strony silniejsza.

Źrenice reagują na światło i przystosowanie. Czucie zachowane. Odruchy ścięgnowe z powodu wzmożonego napięcia mięśniowego trudne do wywołania. Lewostronny objaw Babińskiego wystąpił podczas pobytu w zakładzie; obustronny objaw Piotrowskiego.

Podczas badania lub wysiłków mięśniowych pacjent zaczyna głęboko oddychać, w końcu oddech staje się sapiącym i chrapiącym.

Pacjent jest zorjentowany; nie ma poczucia stanu chorobowego; brak samokrytyki, tworzy wielkie plany: ma zamiar wstąpić do szkoły oficerskiej, po jej ukończeniu rokuje sobie świetną przyszłość, pomimo, że w wojsku nie mógł wykonywać czynności, wymaganych od przeciętnego szeregowca.

Przebywał w zakładzie przez 3 miesiące; stan psychiczny zmieniał się; naogół był apatyczny, kiedy niekiedy ożywiał się, rojąc szersze plany.

Rozpoznanie: choroba na tle zmian ciała prążkowanego (pallidum striatum), powikłana objawami piramidowymi; być może powstała wskutek przebytego nagminnego zapalenia mózgu.

3. W. B. 57 lat. Średniego wzrostu, bardzo wychudzony i osłabiony, z trudnością trzyma się na nogach, posuwa się powolnym drobnym krokiem, chwiejąc się. Mieśnie są napięte i twarde. Kończyny górne zgięte w łokciach; w pozycji leżącej przykurcza nogi przyciskając je do brzucha. Przy biernem wyprostowaniu kończyny trzeba przezwyciężyć dość silny opór; również trudno jest tę samą kończynę zgiąć. W spokoju dają się zauważyć drobne ruchy palców, przypominające atetozę. Ruchy dowolne są wykonywane powoli, przyczem daje się zauważyć drżenie kończyny. Twarz maskowata, nieruchoma. Odruchy ścięgnowe są zachowane, czucie nie jest naruszone. Źrenice na światło oddziałują.

Stan psychiczny: wybitne zahamowanie, uwaga rozproszona, wątek myślowy co chwila przerywa się. Odpowiedzi są krótkie. Perseweracja. Pamięć osłabiona. Brak zdolności krytycznych; źle się orjentuje w miejscu i czasie.

Znajdował się w zakładzie przez 6 tygodni. Zrywał się co pewien czas z łóżka, chodził bez celu. Następował stały zanik czynności psychicznych i ogólne osłabienie cielesne.

Rozpoznanie: chory miał wszystkie 3 podstawowe objawy zaburzeń ciała prążkowanego; podeszły wiek i przebieg przemawia za Parkinsonem starczym. Zmian anatomicznych należy oczekiwać w całem ciele prążkowanem.

Badanie pośmiertne: Opona twarda jest bardzo mocno z kością zrośnięta. Zwiększona ilość płynu mózgowo-rdzeniowego. Opona miękka jest na całej przestrzeni nabrzmiała, galaretowata, mętna. Naczynia krwionośne mocno nastrzyknięte. Zabarwienie powierzchni mózgu jest ciemne. Na przekroju substancja mózgu jest ciemno zabarwiona, liczne drobne naczynia są mocno nastrzykane, komory boczne są szerokie. Wysięk w osierdziu, tłuszczowa infiltracja mięśnia

sercowego. miażdżyca naczyń wieńcowych, rozedma płuc. Wątroba jest mała, ciemno zabarwiona, na przekroju rysunek jest niewyraźny. Śledziona mała, twarda. Nieżyt chroniczny nerek. Badanie histologiczne nie zakończone.

Przytoczony podział postaci chorobowych nie może być uważany ani za ostateczny, ani zadawalniający. Budowa ciała prążkowanego nie jest dostatecznie wyświetlona; mamy powody do przypuszczenia, że jest ona bardzo skomplikowana. Do niedawna we wzgórku wzrokowym odróżniano kilka jąder; obecnie, zawdzięczając pracom Nissla, wiemy, że składa się on z trzydziestu kilku jąder. Dalsze obserwacje kliniczne oraz badania anatomo-patologiczne i topograficzne posuną nas o dalszy krok naprzód w tej do niedawna jeszcze prawie nieznanej dziedzinie.

LITERATURA.

1) Anton. Über Beteiligung der grossen Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen u. insbesondere bei Chorea. Jahresbericht für Psych. u. Neurol. r. 1896. 2) Anton. Dementia, Chorea asthenica mit juveniler Knotiger Hyperplasie der Leber. Münch. med. Woch. 1908. 3) Alzheimer. Ueber anatomische Grundlage der Huntingtonschen Chorea u. der choreatischen Bewegungen. Neurol. Zentralblatt 1911. 4) Bechterew. Die Functionen der Nervencentren. 1919. 5) Barany. Der Vestibularapparat u. seine Bezichungen zum Rückenmark, Kleinhirn u. Grosshirn. Neurol. Zentralblatt 1910. 6) Bing. Topische Gehirn- u. Rückenmarkdiagnostik. 7) Bregman. Djagnostyka chorób nerwowych 1910. 8) Déjèrine. Anatomie des centres nerveux. 9) Déjèrine. Sémiologie des affections du système nerveux. 1914. 10) Edinger. Vorlesungen über den Bau der nervösen Zentralorgane des Menschen u. der Tiere. 1908—1911. 11) Economo u. Schiller. Eine der Pseudosclerose nahe stehende Erkrankung im Prasenium. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. B. 55 r. 1922. Flatau i Sterling. Ibidem B 7. 13. Gerstmann u. Schilder. Zur Klinik pseudosclerose ähnlicher Krankheitstypen. Ibidem. Nr. 54 — 1920. 14) Gerstmann u. Schilder. Studium über Bewegungsstörungen der Pseudosclerose. Ibidem. 1920. B. 158 — I u. II. 15) Gerstmann u. Schilder. Zur Kenntnis der Bewegungsstörungen der Pseudosclerose. Ibidem. 1922 Bd 58. 16. Grünstein. Zur Frage der Leitugsbahnen des Corpus striatum Neurol. Centralblatt. Bd. XXX 1911 p. 659. 17. Higier. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 32. 18) Hall. La dégénérescence hépat. lenticulaire. Maladie de Wilson. Pseudosclerose. 1922. 19) Ramsay Hunt. Les systèmes moteurs statique et cinétique Annales de médecine 1921 T. IX Nr. 2. 20. Jengerlsma. Neuer anatomischer Befund bei Paralysis agitans u. Chorea chronica. Neurol. Zentralbl. 1908. 21. Kleist. Anatomische Befunde bei der Huntingtonschen Chorea. Neurolog. Zentralbl. 1908. 22) Lhermitte. Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié. Annales de Médec. 1920. 23) Lhermitte, Cornil et Quesnel. Le syndrome de la dégénération pyramidopal-

lidale progressive. Revue neurolog. 1920. 24) Lhermitte et Cornil. Les syndromes du corps strié d'origine syphilitique chez le vieillard. Presse méd. 1922. Nr. 27. 25) Lhermitte. La rigidité décérebrée. Annales de médec. 1921. T. X. 26) Malone. Ueber die Kerne des menschlichen Diencephalon. Neurolog. Centralbl. 1910. 27) Pierre Marie et G. Lery. Le syndrome excitomoteur de l'encéphalite épidémique, ses principales manifestations, chorée rhytmée, brachycinésies et myoclonies, parkinsonisme. Revue neurol. 1920 Nr. 6. 28) P. Marie et C. Tretiakoff. Examen histologique des centres nérveux dans un cas de ćhorée aigüe de Sydenham. Revue neurol. 1920 Nr. 5. 29) P. Marie et C. Tretiakoff. Anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique. Annales de méd. 1920 Nr. 1. 30) Monakow. Gehirnpathologie. 1905. 31) Monakow. Die Localisation im Grosshirn. 1916. 32) Nissl. Histologische u. histopathologische Arbeiten Bd. I. 33) Nissl. Neuronenlehre u. ihre Anhänger. 34) Oppenheim. Lehrbuch d. Nervenkrankheiten. 1913. 35) Oppenheim. Pseudosclerose. Neurol. Zentralblatt 1914. 36) Sprawozdania z posiedzeń towarzystwa Neurologicznego w Paryżu z lat 1920, 1921 i 1922 r. według sprawozdań w Revue neurol. 37) Sougnes et Tretiakoff. Lésions de locus niger dans 3 cas de paralysie agitante, Soc. med. des hôpitaux według Revue neur. 1920. 38) Schneider. Torsionspasmus, ein Symptomenkomplex der mit Lebercirrhose verbundenen progressiven Lenticulardegeneration. 1919. 39) Stertz. Der extrapyramidale Symptomenkomplex. 40) Spielmeyer. Z. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1914 Bd. 25. 41) A. Thomas. De la nature des mouvements choréiques. Presse médic. 1922. Nr. 3. 42) Thomala. Ein Fall von Torsionspasmus mit Sektions befund. Zeitschr. f. d. g. Neurol. u. Psych. 1918. 43) Tinel. Syndromes parkinsonieus par lésions en foyer du mésencephale. Rev. neurol. 1920. Nr. 9. 44) Westphal. Beitrag zur Lehre von der Pseudosclerose Archiv f. Psychatrie Bd. LI 1913. 45) A. Wimmer Etudes sur les symptomes extra-pyramidaux; pseudosclérose sans affection hépatique. Rev. neurol. 1921. Nr. 12. 46) A. Wimmer. Etudes sur les syndromes extra-pyramidaux; spasme de torsion progresif infantil. Rev. nerol. 1921 Nr. 9. 10. 47) K. Wilson. Über progressive lenticuläre Degeneration. Handbuch der Neurologie herausgegeben v. Lewandowsky. 48) Lewandowsky. Handbuch der Neurologie.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka pod Gnieznem.

(Dyrektor Dr. med. Dr. fil. Doc. AL. PIOTROWSKI)

OPÓR PAMIĘCIOWY U PSYCHICZNIE CHORYCH

przez

D-ra OSKARA BIELAWSKIEGO Ordynatora Zakładu.

W roku 1909 Edward Abramowski przeprowadził w pracowni psychologicznej Uniwersytetu brukselskiego szereg badań nad pamięcią i ogłosił wyniki swych dochodzeń początkowo w Revue psychologique i Journal de psychologie normale et pathologique (1910), a następnie w niektórych swych dziełach polskich *). Tak zwany „opór zapomnianego",— właściwość aktywna tych z pomiędzy zapomnianych obrazów, które, nie wypływając na poziom świadomości, dają jednak dowód swego utajonego życia poza nią, — jest głównym tematem rozważań autora i myślą przewodnią jego doświadczeń.

Zjawisko oporu jest bardzo pospolite i dobrze znane w codziennem doświadczeniu. Gdy chcemy odtworzyć jakiś szereg wspomnień i odtworzenie to nie jest dokładne—powstają tu i ówdzie luki pamięciowe. Poznajemy rozumowo owe braki, jeżeli przypomniany szereg tworzy pewną całość logiczną; rozumowo też możemy, do pewnego stopnia, te braki określić. Lecz jeżeli poszczególne ogniwa szeregu nie przedstawiają konieczności logicznej, to i wtenczas bywa często, że posiadamy świadomość tych braków, wiemy gdzie są te braki i wiemy, czem one nie są. Zapomniane nazwisko znajomego, opiera się, aby na jego miejsce postawić nazwisko fałszywe, chociaż logika nie stoi na przeszkodzie temu. Zjawisko to nazywa autor pozytywnym oporem zapomnianego. Opór więc pozytywny,—nazwij-

*) Badania doświadczalne nad pamięcią. Tom I, II, III. Źrodła podświadomości i jej przejawy.

my go oporem naturalnym, — sprzeciwia się podsuwaniu na miejsce zapomnianego obrazów fałszywych. Nasilenie sprzeciwu może być większe lub mniejsze. Jeżeli ktoś na miejsce wyczuwanej luki będzie nam poddawał rozmaite przypomnienia, to na jedno odpowiemy negacją stanowczą, jako na absurd wobec naszego odczuwania luki, na inne odpowiemy negacją bardziej obojętną, jeszcze na inne pewnem wahaniem, aż napotkamy wreszcie suggestję prawdziwą i rozpoznamy ją. Lecz bywają też luki bez żadnego oporu. Osobnik nie odrzuca wtedy fałszywych wyobrażeń, ale też nie przyjmuje ich, zachowuje się względem nich zupełnie obojętnie, mówiąc, że mogło być to i tamto, ale mogło też i nie być. Opór w wypadkach tych równa się zeru.

Często także spotykamy wypadki, że poddanie na miejsce wyczuwanej luki prawidłowego, t. j. zapomnianego wyobrażenia spotyka się z stanowczym oporem, i z większą lub mniejszą pewnością przyjmuje się raczej wyobrażenie fałszywe. Zjawisko to nazywa autor oporem negatywnym, a może właściwiej by było go nazwać o p o r e m s p a c z o n y m. Opór spaczony nie jest bynajmniej martwym punktem pamięci, przeciwnie czucie braku występuje w tych wypadkach dość silnie, jest prawidłowo umiejscowione, przypomnienie dokucza i jakby domaga się przestąpienia progu świadomości.

Po ustaleniu pojęć oporu przejdziemy do eksperymentu, przeprowadzanego przez Abramowskiego. Dwie serje słów, napisane na oddzielnych kartkach kładziono kolejno przed badanym w dwusekundowych odstępach czasu. Osobnik cicho je odczytywał i usiłował zapamiętać wszystkie. Pierwsza serja składała się z 10 przymiotników i 10 rzeczowników oderwanych. Druga serja składała się z 10 imion własnych i 10 rzeczowników konkretnych i była odczytywana przy jednoczesnem odejmowaniu z pamięci (badany od sumy 3 cyfrowej odejmował liczbę 7 lub 8) na głos. Odejmowanie miało pochłaniać uwagę badanego podczas przesuwania się przed oczami jego szeregu słów. Po skończeniu czytania każdej serji spisywało się słowa zapamiętane. Teraz następowało badanie oporu słów zapomnianych. Wymieniało się szereg słów, zapytując czy takie słowo było w widzianym dopiero co szeregu, czy nie. Ów szereg suggestji był tak ułożony, że się zaczynał od wyobrażenia najbardziej oddalonego od zapomnianego słowa, a następnie poddawało się słowa coraz to bliższe zapomnianego, skojarzone z nim, podobne doń pojęciowo, emocjonalnie, dźwiękowo, albo też stanowiące synonim i symbol zapo-

mnianego. Wkońcu poddawało się samo zapomniane słowo. Tak naprzykład: przy zapomnianym wyrazie „krzyż“ poddawało się: zaloty,— ksiądz—kościół—cmentarz, przy „dym“ poddawało się: pieśń—dom—swąd—kadzidło i t. d. Szereg otrzymywanych odpowiedzi dawał pojęcie o nasileniu oporu, który kwalifikowano zgodnie z ułożoną skalą oporu *) jako bardzo silny, silny, średni, słaby, bardzo słaby, zero oporu, opór spaczony słaby, średni i silny. Autor przeprowadzał badania na osobnikach psychicznie zdrowych i wyjątkowo inteligentnych (słuchaczach szkół wyższych), a liczne interesujące wyniki tych badań były wspierane, lub poprawiane introspekcją badanych.

Z psychologicznego punktu zapatrywania rzeczą wielkiej wagi byłoby ustalenie zwłaszcza mechanizmu oporu spaczonego (negatywnego), a przynajmniej poznanie warunków i czynników, które się składają na jego powstawanie. W tym celu przeprowadziłem szereg badań w warunkach odmiennych od przytoczonych powyżej, przedmiotem bowiem eksperymentu byli przeważnie moi pacjenci w Dziekance. Przeprowadziłem ogółem 30 badań na 15 osobnikach, mianowicie:

6 osobach zdrowych psychicznie (w wieku średnim),
2 „ „ „ (w wieku lat 73 i 75),
2 „ cierpiących na porażenie postępujące w okr. zwolnienia,
1 „ cierpiącej na rzekome porażenie alkoholowe,
1 „ „ na krótkotrwałe stany manjakalne,
i 3 „ „ na parafrenję o stałych zespoł. urojeniowych.

Wszystkie osoby psychicznie zdrowe badałem wzorując się na eksperymencie Abramowskiego, przyczem zapamiętywany szereg słów dla serji I-ej był następujący: biały, mocny, słony, jasny, złudny, ciężki, zwiędły, śmiały, nizki, znośny, wydatek, nastrój, dowód, zmiana, dążenie, ścisłość, rozróst, zamęt, talent i wzór. Dla serji II-ej (z zaburzeniem przez odejmowanie): krzyk, dym, pieśń, szkło, żagiel, groch, drzewo, nóż, wóz, skóra, Rzym, Ksawery, Warta, Cecylja, Łódź, Kościuszko, Wiedeń, Gopło i Kopernik. Starcy, chorzy na porażenie postępujące, rzekome porażenie alkoholowe i manję nie byli badani przez percepcję II-ej serji słów (zaburzenia przez odejmowania). Trzem cierpiącym na parafrenję zaburzenie przez odejmowanie zostało zastąpione przez współczesne z postrzeganiem słów serji jątrzenie zespołów urojeniowych drogą powtarzania badanym ich urojeń, którym zawsze towarzyszyło silne wzruszenie. Pacjenta cierpiącego na krótko-

*) Str. 69 tom II „Badań“.

trwałe okresy manjakalne badałem 6 razy, przyczem 3 razy w stanie manjakalnego podniecenia i 3 razy w stanie zdrowia tak, że zapamiętane w pierwszym stanie reprodukować musiał badany raz natychmiast, a po raz drugi po wyjściu ze stanu manjakalnego. Okresy pomiędzy zapamiętywaniem a drugą reprodukcją wynosiły: 3 dni, 7 dni i 5 dni. Dla kontroli zbadałem w tych samych odstępach czasu 3 razy osobnika zdrowego psychicznie, aby uwzględnić przez to czynnik zmian w pamięci, spowodowanych przechowaniem w niej obrazów przez powyżej wymieniony okres czasu.

TABLICA I.

			Oglądanie słów swobodne				Oglądanie zaburzone przez jednoczesne odejmowanie				
			1	2	3	4	1	2	3	4	
		Badani	Przypominanie samorzutne	Opór naturalny	Zero oporu	Opór spaczony	Przypominanie samorzutne	Opór naturalny	Zero oporu	Opór spaczony	
Zdrowie psychiczne	I	Pani N.	9	17	—	3	4	8	—	12	Krzywa 1 a i b.
	II	Pani Mi.	9	18	—	2	7	13	1	6	
	III	Pan Ad.	7	17	1	2	3	6	—	14	
	IV	Pan Ed.	10	20	—	—	7	9	—	11	
	V	Pan Zi.	6	19	—	1	4	12	—	18	
Parafrenja	VI	Pan Blas.	9	16	1	3	3	11	—	9	Krzywa 2 a i b
	VII	Pan Łys.	12	20	—	—	6	14	—	6	
	VIII	Pan Wer.	4	17	—	3	4	5	2	13	
Porażenie postępujące	IX	Pan Dobr.	2	16	4	—					Krzywa 3
	X	Pan Plut.	2	13	6	1					
Rzekome porażenie alkoholowe	XI	Pan Pac.	—	11	6	3					
Starość normalna	XII	Pan Wł.	3	15	5	—					Krzywa 4
	XIII	Pan Mie.	1	12	7	1					

TABLICA II.

Część I.

Badani				Stan podniecenia manjakalnego: 1. Przypominanie samorzutne	2. Opór naturalny	3. Zero oporu	4. Opór spaczony	Po dniach	Stan czysty: 1. Przypominanie samorzutne	2. Opór naturalny	3. Zero oporu	4. Opór spaczony	
Stan manjakalnego podniecenia	XIV	Pan Jan.	1-sze bad.	14	20	—	—	3	9	12	—	8	Krzywa 5
	„	„	2 bad.	15	19	—	1	7	6	8	3	9	
	„	„	3 „	12	20	—	—	5	5	7	1	12	

Część II. Badanie kontrolujące

Psychiczne zdrowie	XV	P. Włod.	1 bad.	9	18	—	2	3	3	16	4	—	Krzywa 6
	„	„	2 „	9	18	1	1	7	1	17	1	2	
	„	„	3 „	6	17	1	2	5	1	16	3	1	

Załączone dwie tablice uwydatniają wyniki badań. Widzimy na tablicy I, że opór naturalny przy reprodukcji słów po swobodnem ich oglądaniu objawił się przy badaniu 5-ciu psychicznie zdrowych osobników—ogółem w 91 przypadkach, podczas gdy tenże opór przy postrzeganiu zaburzonem przez jednoczesne odejmowanie 7 od 3 cyfrowej liczby wystąpił w 48 przypadkach. Przeciwnie opór spaczony nie porównanie częstszem jest zjawiskiem przy percepcji zaburzonej (51 razy), niż przy swobodnem oglądaniu słów (8 razy), co unaocznia załączony wykres I-szy a i b. Ta sama właściwość częstszego występowania oporu spaczonego przy percepcji zaburzonej uwidocznia się także w dalszych trzech badaniach u osobników cierpiących na parafrenję, gdzie zaburzenie uwagi i stan wzruszeniowy wywołany został przez jątrzenie zespołów urojeniowych. A więc 28 razy występuje tu opór spaczony podczas percepcji zaburzonej i tylko 6 razy przy oglądaniu swobodnem (patrz wykres 2 a i b). To też wyniki powyższe potwierdzają w zupełności odnośną tezę, wysuniętą przez Abramowskiego, która brzmi, że opór negatywny wzrasta znacznie przy pamięci zaburzonej.

Ciekawą rzeczą jest stwierdzenie roli, jaką odegrywa opór spaczony przy badaniu takich osobników, u których zgóry można przewidywać znaczne upośledzenie ich sprawności zapamiętywania w porównaniu z normą, i u których upośledzenie tej sprawności zostało uprzednio stwierdzone klinicznie. U dwóch cierpiących na porażenie postępujące i znajdujących się w stanie remisji (jeden z nich jest chorym od 5-iu lat, drugi od 3 i pół), opór spaczony, jak widzimy, nie zachodzi częściej, niż u osobników zdrowych psychicznie, pomimo że fakt upośledzenia zdolności zapamiętywania wykazuje wymownie rubryka „przypominania samorzutne", gdzie cyfry są raczej nizkie. Wzbogaca się tu natomiast, i to kosztem oporu naturalnego, rubryka „zero oporu", t. j. takiego stanu luki pamięciowej, który już nie objawia żadnych oznak życia przez stawianie oporu słowom poddawanym. Przemawiał by taki stan rzeczy za mniemaniem, że widziane słowo nie wyryło wogóle żadnego śladu w pamięci chorego (patrz wykres 3). Opór spaczony przy swobodnej percepcji u 73-letniego i 75-letniego starców, pomimo wyraźnych objawów osłabienia zdolności zapamiętywania, jak potwierdza rubryka 1 i 3 przytoczonej tablicy, nie jest bynajmniej większym od takiegoż oporu u osobników psychicznie zdrowych w wieku lat średnich (patrz wykres 4). Analogiczny wynik (o ile chodzi o zachowanie się oporu spaczonego) dało badanie osobnika, cierpiącego na rzekome porażenie alkoholowe, który nadużywał wyskoku od przeszło 25 lat i ma zanik zdolności zapamiętywania.

Opierając się na 5 omawianych przypadkach, poważamy się sądzić, że opór spaczony w żadnej mierze nie jest wynikiem upośledzonej zdolności zapamiętywania, przy której niewystępuje częściej, niż u ludzi z normalną zdolnością zapamiętywania. Pobieżnie warto zwrócić tu uwagę na jeden szczegół, który zdaje się stale towarzyszyć wynikom badań naszych pacjentów z organicznem schorzeniem mózgu. Jest nim nieporównanie częstsze, niż gdzieindziej występowanie zjawiska zera oporu. Moment ten w przyszłości, być może, stałby się czynnikiem rozpoznawczym.

Gdy tak stopniowo poznajemy warunki, z jednej strony sprzyjające, a z drugiej nieodpowiadające powstawaniu zjawiska spaczonego oporu,—należy zadać sobie pytanie, jaki czynnik właściwie, przy zaburzeniu postrzegania przez rachowanie, względnie jątrzeniu kompleksów urojeniowych, sprzyja wystąpieniu tego objawu. O wpływ na powstawanie wymienionego oporu można podejrzewać rozproszenie uwa-

gi i pewien stopień wzruszenia. Obecność momentu pierwszego jasną jest bez dalszych komentarzy, zaś introspekcja badanych zdrowych psychicznie osobników jednomyślnie stwierdza, iż podczas rachowania z jednoczesnem oglądaniem słów przeżywali oni stan zakłopotania, zaniepokojenia w mniejszym lub większym stopniu. Celem ustalenia roli wymienionych dwóch czynników podjąłem badania oporu u chorego, cierpiącego na krótkotrwałe okresy manjakalnego podniecenia, trwającego 1 do 2 tygodni, po którem następuje trwający krócej jeszcze stan zdrowia. Kiedy można już było spodziewać się wkrótce końca stanu manjakalnego, a stan ten jednak miął jeszcze dostateczne nasilenie, — dawałem pacjentowi oglądać drugą serję słów i natychmiast potem, protokółowałem wyniki przypominania bezpośredniego, jakoteż rodzaj i stopień oporu. Dalej, bez uprzedzenia badanego, że raz jeszcze kiedyś będę się o widziane przezeń słowa pytał,—wyczekiwałem przyjścia stanu normalnego u manjaka (co trwało pierwszy raz 3 dni, drugi raz 7 dni i trzeci—5 dni) i w tym stanie prosiłem o ponowne przypomnienie zapomnianego słowa, stosując już tym razem inny szereg suggestji.

Badając wyniki takiego eksperymentu (tablica II), uwzględnić należy 4 składające się nań ważne momenty.

1) Roztargnienie, w mniejszym lub większym stopniu towarzyszące zazwyczaj stanom manjakalnym, istniało przy czytaniu słów.

2) Wzmożona wzruszeniowość manjaka istniała przy czytaniu, lecz także istniała przy pierwszem przypominaniu.

3) Stan wzruszeniowy innym był przy czytaniu, a innym przy drugiej reprodukcji.

4) Na wyniki w drugiej reprodukcji wpływać mogło kilkodniowe przechowanie obrazów w pamięci i związane z tem zmiany oraz zacieranie się śladów.

Rzut oka na tablicę II pozwala stwierdzić:

Ad. 1) Pomimo, że czytanie miało miejsce w stanie pewnego manjakalnego rozproszenia uwagi, jednak następująca po nich pierwsza reprodukcja nie wykazała, by ten czynnik sprzyjał powstawaniu oporu spaczonego (opór wystąpił 1 raz).

Ad. 2) Jeżeli i postrzeganie i przypominanie odbywa się na jednym poziomie stanu uczuciowego (w stanie manjakalnym), — opór spaczony jest wtedy także minimalny (1 raz).

Ad. 3) Opór spaczony występuje często (29 razy), jeżeli postrze-

ganie odbywa się w stanie wzmożonej wzruszeniowości, a reprodukcje,— w stanie względnej równowagi uczuć.

Ad. 4) By mieć wyobrażenie o roli czynnika przechowywania (przez kilka dni) obrazów w pamięci, — przeprowadziłem 3 badania z osobnikiem psychicznie zdrowym, w odstępach czasu 3-ch, 7-miu i 5-iu dni jak to miało miejsce przy badaniu manjaka. Wynik takiego badania (druga część tabl. II) jest interesującym pod wielu względami; narazie podkreślimy tu tylko fakt, że przechowanie w pamięci obrazów przez wzmiankowany okres czasu nie pomnaża oporu spaczonego, który przy reprodukcjach bezpośrednich zjawił się — 5, a po przechowaniu tylko 3 razy. Zaznaczam, że podobne wyniki otrzymał w swych badaniach Abramowski.

Dla unaocznienia omawianej sprawy załączam krzywą 5 i 6.

Gdyby wolno mi było w konsekwencji wyników tych 6 badań na przypadku manji oraz 6-iu badań równoległych, podjętych celem kontroli, — wyciągnąć wnioski, — wypowiedziałbym następujące zdanie: Z dwóch momentów, które wysuwa Abramowski, jako przyczynę omawianego objawu, t. j. zaburzeń uwagi podczas postrzegania i różnicy stanów afektywnych przy postrzeganiu i przy przypominaniu, — rola czynnika ostatniego w powstawaniu oporu spaczonego wydaje się conajmniej większa.

Po zapoznaniu się już, w pewnym stopniu, z warunkami powstania spaczonego oporu, powstaje pytanie, jak go rozumieć i jaki jest jego mechanizm. Nasuwa się tu analogja do zjawisk opisywanych przez Janeta, Freuda i innych, do tak zwanej dyssocjacji, zjawiska odszczepienia poszczególnych wrażeń i całych procesów myślowych od świadomości. To też niepoznawanie, ignorowanie, bagatelizowanie wrażeń i przeżyć patologicznych w histerji, może być pojmowane, jako wynik niezgodności uczuciowej wspomnienia prawdziwego z jego późniejszem odtworzeniem wyobrażeniowem. „...Zdarzenie patogeniczne odszczepia się od pozostałej świadomości i dostaje się przedewszystkiem jako pewne wzruszenie bardzo konkretne i indywidualne, nie mające podobnych sobie; wyobrażeniowa zaś jego część musi cząstkowo powtarzać się w ciągu życia i jako pewna abstrakcja wyobrażeniowa uniezależnia się w pewnym stopniu; rozmaite jej składowe części, przesiąkają oczywiście inną uczuciowością i inaczej są przyjmowane. Stąd przy pierwszem zetknięciu się z wyobrażeniowym odtworzeniem faktu pierwotnego patogenicznego musi być uczuciowe

nieporozumienie, gdyż w tem wyobrażeniowem odtworzeniu są także rozmaite pierwiastki innych doświadczeń życia, nie mające nic wspólnego z faktem pierwotnym" pisze Abramowski.

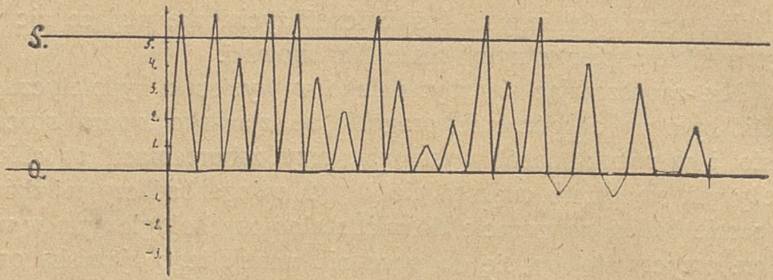
Nie zapuszczając się zbyt daleko w wycieczki hypotetyczne, podkreślić bym na zakończenie pragnął, że zjawisko oporu spaczonego często i w różny sposób występuje przy zaburzeniach psychicznych, należy mu się przeto większa niż dotąd uwaga badaczy tej dziedziny, a oparcie badań na gruncie doświadczalno-psychologicznym w wielkiej mierze przyczyniło by się do poznania natury tego zjawiska oraz roli w dziedzinie zachorzeń psychicznych.

W końcu niech wolno mi będzie wyrazić podziękowanie Dyrektowi D-r Piotrowskiemu za poddanie myśli przeprowadzenia badań metodą Abramowskiego na chorych psychicznie.

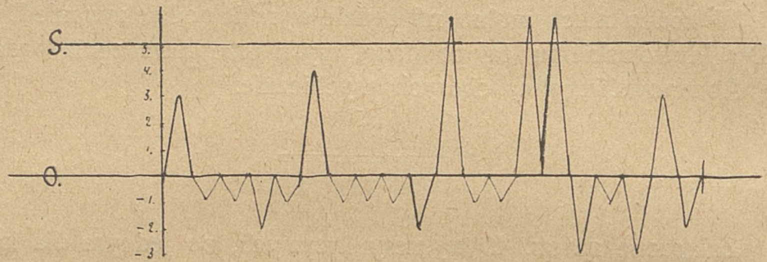
Załączone na str. 40 wykresy krzywych, po jednym dla każdego z badań analogicznych, sporządzone są w ten sposób, że pozioma *O* podzielona jest na tyle równych odcinków, ile słów pokazywano badanemu. Na każdym z odcinków, buduje się trójkąt, o ile słowo stawiało opór. Trójkąt obrócony jest ku górze, kiedy opór jest naturalnym, i ku dołowi, kiedy opór jest spaczony. Wysokość trójkątu wskazuje na stopień oporu.

Według skali Abramowskiego pozioma *S* jest linją graniczną pomiędzy słowami przypomnianemi samorzutnie, a słowami przypomnianemi przy pomocy suggestji. Odcinki, na których brak jest trójkątów, odpowiadają zeru oporu.

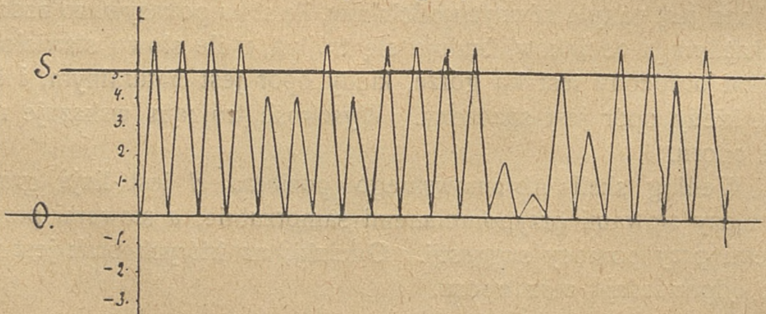
Krzywa 1-sza a)



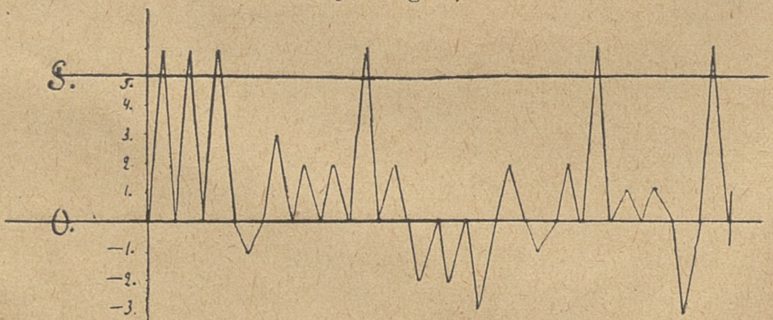
Krzywa 1-sza b)



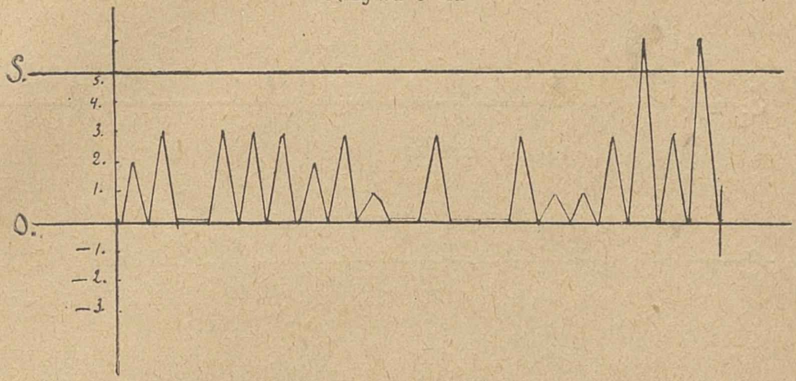
Krzywa 2-ga a)



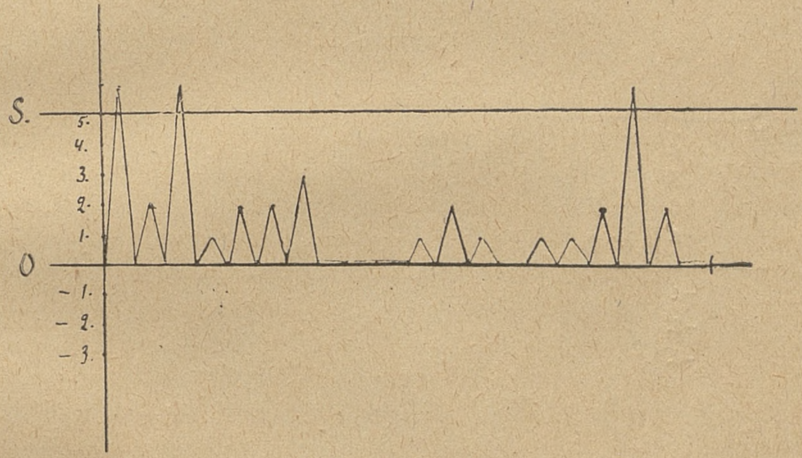
Krzywa 2-ga b)



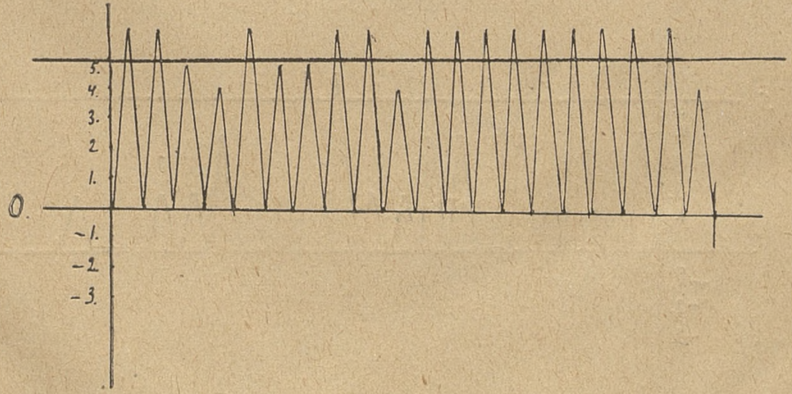
Krzywa 3-cia



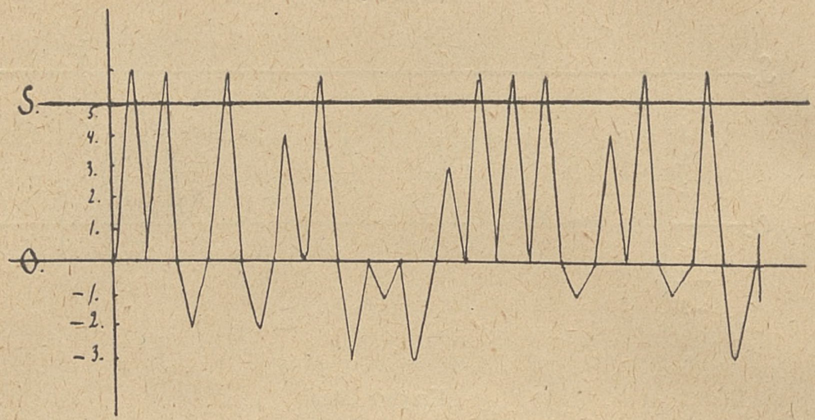
Krzywa 4-ta



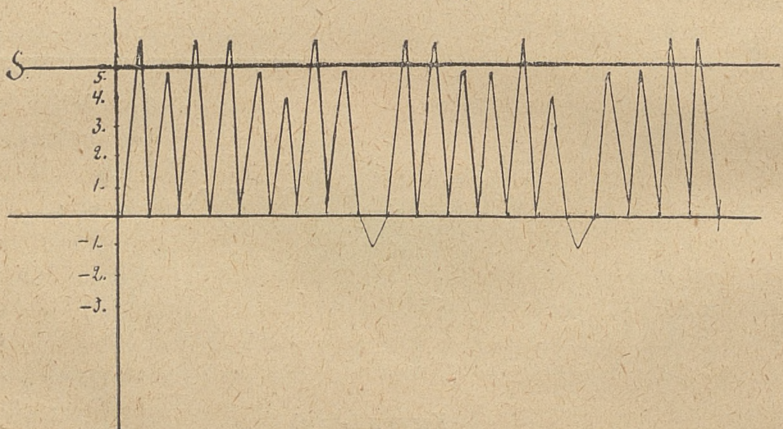
Krzywa 5-ta a)



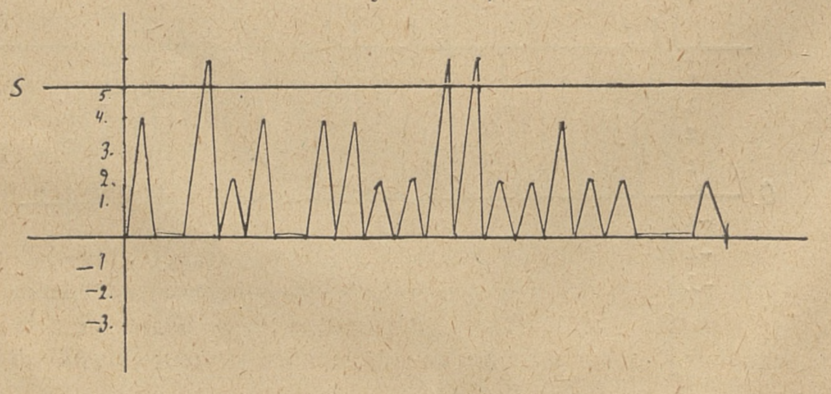
Krzywa 5-ta b)



Krzywa 6-ta a)



Krzywa 6-ta b)



O ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH W EUNUCHOIDYZMIE

podał

WŁADYSŁAW STERLING

(Warszawa).

W szeregu badań moich nad eunuchoidyzmem zwrócił uwagę moją fakt, że psychika eunuchoidów zawsze mniej lub więcej odchyla się od normy. Podniosłem to już w pierwszej pracy mojej o eunuchoidyzmie, opierającej się na 11 przypadkach obserwacji własnej, wśród których starałem się wyodrębnić 3 typy psychiczne. Wracam do tej sprawy, ponieważ mój własny materjał obserwacyjny wzrósł obecnie przynamniej wdwójnasób i ponieważ od tego czasu ukazał się cały szereg prac, omawiających stan psychiczny eunuchoidów oraz wyniki moich badań pierwotnych. (Goldstein, Josephson i Sundquist, Peritz, Hempel, Ebstein, Knöpfelmacher, Maass, Salzberger, Sänger, M. Hirschfeld, Jakob, Sainton, Krisch, Cordier i Francillon, van der Scheer). Spowodowało to pewne zmiany i rozszerzenie moich uprzednich poglądów, oraz pozwoliło na głębszą analizę poszczególnych komponentów psychiki eunuchoidów.

W uwagach niniejszych pomijam zasadniczo objawy cielesne eunuchoidyzmu, którego obraz kliniczny naszkicowałem obszernie w swojej pierwszej pracy, uwzględniając je tylko o tyle, o ile przyczynić się mogą do zrozumienia i wyjaśnienia mechanizmu zaburzeń psychicznych.

Otóż jeżeli poddać dokładniejszej analizie zespół objawów psychicznych, spostrzeganych w przebiegu eunuchoidyzmu, to uderza nas fakt, że zaburzenia te są natury niejednolitej i że udaje się z łatwością wyodrębnić w nich 3 odmienne składniki. Przedewszystkiem wy-

suwają się tu na pierwszy plan zaburzenia psychiczne o typie zupełnie swoistym, które charakterem i przebiegiem swoim najzupełniej odpowiadają zaburzeniom psychicznym padaczkowym. Zwracałem już poprzednio uwagę na fakt, że powikłanie eunuchoidyzmu padaczką jest tak częste, że z zupełną słusznością można mówić o epileptycznej odmianie eunuchoidyzmu. Doświadczenie moje pod tym względem potwierdził następnie szereg innych badaczy (R. Stern, Sänger, Neurath, Krisch i inni). Mam tu na myśli nie tylko drgawki, które występować mogą w najrozmaitszych okresach choroby, nie tylko różnorodne tak częste w eunuchoidyzmie równoważniki psychiczne padaczki, jak krótkie „absences“, omdlenia z częściową lub zupełną utratą przytomności, z poprzedzającem zaczerwienieniem twarzy i następczym tępym bólem głowy, nie tylko krótkie fazy depresyjne, poprzedzające napad drgawek, nie tylko bardziej złożone równoważuiki ruchowe w postaci charakterystycznej dromomanji, którą spostrzegałem w 2 przypadkach lub niezwykłego równoważnika aury w postaci głośnego bezprzytomnego śpiewania (t. zw. *aura canora*), którą spostrzegałem w jednym przypadku, ale i samoistne, niezależne od okresu napadów epizody psychotyczne w postaci charakterystycznych przygnębień o typie opisanym przez Aschaffenburga z uczuciem *taedium vitae*, nieznacznem zahamowaniem i następczą wzmożoną drażliwością, w postaci okresów gwałtownego pobudzenia z niepohamowanemi wybuchami złości, w postaci stanów osłupienia z halucynacjami o treści przestraszającej, wreszcie w postaci typowych stanów zamroczeniowych z następczą zupełną utratą pamięci. Co najważniejsza jednak, że w wielu przypadkach po za owemi epizodycznemi zaburzeniami psychicznemi — udaje się z łatwością wykryć mniej lub więcej wybitne cechy epileptycznego zwyrodnienia charakteru w postaci względnej sprawności życiowej przy znacznie ograniczonej inteligencji, zwężonego horyzontu myśli i zainteresowań, patologicznego typu kojarzeniowego, stępienia uczuciowego, wybitnego egocentryzmu i przesadnej pobożności. W niektórych przypadkach moich owe cechy psychopatji epileptycznej występowały zupełnie bez napadów drgawek tak wyraźnie, że li tylko na ich podstawie można było rozpoznać powikłanie eunuchoidyzmu padaczką. Niezmiernie interesujący jest fakt, że w szeregu zjawisk, wikłających obraz kliniczny eunuchoidyzmu, spotykamy również i t. zw. padaczkę afekcyjną Bratz'a: opis takiego przypadku znajdujemy w ostatniej pracy Bratz'a, gdzie wprawdzie rozpoznanie eunu-

choidyzmu nie zostało postawione, ale gdzie jest ono widoczne z opisu klinicznego.

Charakterystyczne piętno przypadkom eunuchoidyzmu z zaburzeniami psychicznemi o charakterze padaczkowym nadaje cały szereg objawów cielesnych, na które zwróciłem uwagę już przed kilku laty: napływy krwi do głowy, pulsowanie w skroniach, ogólne osłabienie, uczucie ucisku w dołku, ciężar głowy, tachykardja, często arytmja, pocenie się, drżenie dłoni i stóp, nudności, zawroty głowy, zimne dłonie i stopy, marmurkowaty obrzęk skóry dłoni i stóp, dermografja, plamy czerwone na skórze przy najlżejszem podrażnieniu, zaparcie stolca lub biegunka bez określonej przyczyny, częste oddawanie moczu, drżenie powiek, wzmożone odruchy, skłonności do zaziębień, nieżytów jamy nosowogardzielowej. Są to wszystko objawy wyodrębnionej przez Eppinger'a i Hess'a predyspozycji wagotonicznej czyli wagotonji. Niektórzy autorzy (Guggenheimer, Rhode, Krisch) skłonni są przypisywać objawom tym, a zwłaszcza charakterystycznej pobudliwości wazomotorów rolę etjologiczną w powstawaniu zaburzeń psychicznych w eunuchoidyzmie o typie padaczkowym. Pogląd ten wydaje mi się niesłusznym, ponieważ istnieją liczne przypadki wagotonji bez jakichkolwiek zaburzeń psychicznych przypominających typ padaczkowy. Niewątpliwie więc u podstawy tych zaburzeń psychicznych leżeć muszą inne momenty bądź natury konstytucyjno-degeneracyjnej, do której niektórzy badacze starają się sprowadzić również i objawy wagotoniczne, bądź też, co wydaje mi się bardziej prawdopodobne, natury dyzendokrynologicznej, które powodować mogą równolegle tak objawy wagotoniczne, jak i wspomniane zaburzenia psychiczne. W związku z tem powstaje kwestja, jaka jest istota i patogeneza wszelkich wogóle zaburzeń epileptycznych — tak częstych w eunuchoidyzmie. I tutaj wbrew poglądowi niektórych badaczów, którzy zaliczają *en bloc* objawy te do kategorji t. zw. „konstytucjonalnej padaczki" Binswanger'a — rozpatrując je jako zjawiska równoległe do oligofrenji i dające sprowadzić się do momentów wrodzonych — uważam związek ich przyczynowy z zaburzeniami w wydzielaniu gruczołów do krewnych za bynajmniej nie wyłączony. Nie posiadamy wprawdzie dostatecznie pewnych danych, któreby wykazywały wpływ bezpośredni zniesienia wzgl. upośledzenia czynności gruczołów płciowych na powstawanie zjawisk epileptycznych, z podstawowych jednak badań Bolten'a wynika wielkie prawdopodobieństwo wpływu hypofunkcji

tarczycy na powstawanie padaczki, zaś z całego szeregu badań eksperymentalnych (Fischera, Cimoroni'ego, Erdheim'a i Stumme'go) wynika również możliwość powstawania objawów padaczkowych pod wpływem dysfunkcji przysadki mózgowej. Ponieważ zaś w patogenezie eunuchoidyzmu oprócz pierwotnej hypofunkcji gruczołów płciowych, odgrywa również niewątpliwie rolę w sposób korrelacyjny dysfunkcja tarczycy i przysadki mózgowej, przeto tą drogą okólną kształtować się może mechanizm powstawania objawów epileptycznych.

Jeżeli jednakże abstrahować od opisanych tutaj zaburzeń psychicznych o charakterze padaczkowym, które przewijają się poprzez najrozmaitsze ukształtowania psychiki eunuchoidów, to w obrazie psychopatologicznym tego cierpienia dadzą wykazać się 3 typy, które wyodrębniłem w pierwszej pracy mojej poświęconej temu przedmiotowi.

Typ pierwszy, który pod względem intelektualnym bardzo mało albo wcale nie odchyla się od normy. Typowi temu odpowiada zazwyczaj charakter spokojny, łagodny, towarzyski z tendencjami altruistycznemi i — co najważniejsza — ze szczerą rezygnacją wobec defektów płciowych. W dziedzinie emocjonalnej typ ten charakteryzują czasem łagodne stany depresyjne. W dziedzinie psychoruchowej zwłaszcza u eunuchoidów dziecięcych — pewna apatja, bierność i lenistwo. Zazwyczaj jednak z pośród tego typu rekrutują się ludzie dzielni, zdolni do pracy i zarobkowania.

Typ drugi — jest typem głuptaka, który doskonale daje sobie radę w życiu i doskonale dopasowuje się do warunków otoczenia. Przy dobrze zachowanych zdolnościach orjentacyjnych i małej zdolności zapamiętywania, przejawia się tu głuptactwo w dość znacznych zaburzeniach pamięci całkowitej, w bardzo ograniczonym zasobie wyobrażeń i pojęć, w patologicznym typie kojarzeniowym (egocentryzm, uwidocznienia tautologiczne, spłaszczenie typu asocjacyjnego) i stosunkowo znacznych brakach wyższych władz psychicznych (słabość sądzenia i t. d.). W dziedzinie emocjonalnej udaje się tu często stwierdzić wybitne stępienie, od którego odcinają się wyraźnie okresy podniecenia o charakterze błazeńsko-manjakalnym.

Trzeci typ określam nazwą pasorzytniczego; charakteryzuje go nieznaczne upośledzenie zmysłu orjentacji, niepewność wrażeń dawnych, bardzo ograniczony zasób pojęciowy i wyobrażeniowy, bardzo znaczne defekty przy rachunkach — przy stosunkowo

dobrze zachowanych wyższych władzach psychicznych — i absolutnej nieudolności życiowej; chorzy tacy są wogóle niezdolni do jakiejkolwiek choćby najprostszej pracy zarobkowej i dają się przez całe życie utrzymywać przez rodzinę lub żonę. Nastrój może być rozmaity: albo dobroduszny i wesoły, albo zabarwiony stałem niezadowoleniem hypochondrycznem. — W dwuch ostatnich typach stosunek chorych do ich defektów płciowych jest zasadniczo odmienny niż w pierwszym: charakteryzuje go udana rezygnacja i rozmyślne unikanie drażliwego tematu.

Podział ten przyjęty został przez wszystkich badaczy, którzy się po mnie sprawą eunuchoidyzmu zajmowali (Goldstein, Peritz, Bertolotti, van der Scheer, Ebstein, Josephson, Sänger, Mass, Falta, Magnus Hirschfeld, Cordier i Francillon, Claude, Zambaco-Pascha). Jedynie Krisch, który poświęcił zaburzeniom psychicznym u eunuchoidów specjalną pracę, czyni pewne zastrzeżenia w sprawie typu III (pasorzytniczego), którego prawo istnienia oparłem na sprawdzianie natury *par excellence* socjalnej. Pragnąłbym tutaj podkreślić z naciskiem, że przytoczony podział nie rości sobie żadnych pretensji do ścisłości klasyfikacyjnej. Tendencją moją jednak było z ogólnego konglomeratu zjawisk, określanego terminami: „oligofrenji“, „niedorozwoju“, „infantylizmu psychicznego“, „débilité psychique“, „kongenïtaler Schwachsinn“ i t. d. i t. d., które są tylko pojęciami ogólnemi, ogarniającemi stany zejściowe najrozmaitszego pochodzenia i najróżnorodniejszej wagi klinicznej — wydobyć pewne rysy odrębne i na zasadzie wspólności tych rysów rozszeregować mój materjał obserwacyjny. Jeżeli Krisch uważa probierz adaptacji społecznej za nieistotny i pod względem klasyfikacyjnym niezastosowalny, to przypomnieć tu muszę, że probierz ten od dawien dawna pozwala nam odróżnić typ dobrotliwy bierny od typu złośliwego czynnego t. zw. „moral insanity“, że probierz ten w nieco zmodyfikowanej postaci leży u podstawy Binet'owskiej klasyfikacji idjotyzmu, że wreszcie na nim opierają się najistotniejsze horoskopy prognostyczne nie tylko w rozmaitych kategorjach oligofrenji, ale i w najróżnorodniejszych chorobach psychicznych wogóle. Trudno było nieuprzedzonej obserwacji klinicznej nie uchwycić i nie podkreślić faktu, że istnieje wielka grupa eunuchoidów ze znacznym względnie ubytkiem intelektualnym, którzy samodzielnie wcale nieźle dają sobie radę w życiu, podczas kiedy inna grupa eunuchoidów przy mniejszym znacznie upadku władz intelektualnych, a zwłaszcza przy względnem

zachowaniu wyższych czynności psychicznych — okazuje się w życiu praktycznem absolutnie nieudolną. Sprowadzanie tej nieudolności do towarzyszących objawów somatycznych (migrena, objawy naczynioruchowe), jak to czyni Krisch, nie wytrzymuje krytyki już choćby z tego względu, że takich objawów cielesnych w spostrzeżeniach moich i innych autorów najwięcej było w przypadkach typu I i II, które wykazywały zupełnie dobrą sprawność życiową. Sądzę tedy, że pod względem orjentacyjno-klinicznym ustanowienie 3 przytoczonych typów psychicznych eunuchoidyzmu nie powinno nastręczać wątpliwości. Do patogenetycznego znaczenia I-go z tych typów powrócę jeszcze w dalszych wywodach. Co się zaś tyczy typów II i III, to wzięte sumarycznie składają się one na obraz zaburzeń o charakterze oligofrenicznym—co samo przez się już może rzucać pewne światło na zagadnienie patogenezy eunuchoidyzmu. I istotnie badania dokładniejsze wskazują, że nie tylko fizyczne, ale i psychiczne objawy eunuchoidyzmu dadzą się często prześledzić aż do najwcześniejszego dzieciństwa, że są one zatem według wszelkiego prawdopodobieństwa objawami wrodzonemi. Już sam ten fakt czyni mało prawdopodobną zależność ich od zaburzeń o wydzielaniu wewnętrznem gruczołów, ale raczej sprowadza je do kategorji zjawisk natury konstytucyjno-degeneracyjnej, albowiem charakter tych zaburzeń wskazuje na mniej lub więcej głębokie wrodzone zmiany rozwojowe mózgu. Za przypuszczeniem tem przemawia również obecność licznych i ciężkich stygmatów degeneracyjnych u eunuchoidów, które pozbierałem po raz pierwszy, oraz wybitnie rodzinny charakter, który wykazują zjawiska eunuchoidyzmu w niektórych obserwacjach (Goldstein, Jakob, Knöpfelmacher, Sainton). Goldstein mówi wprost o „występujących rodzinnie zaburzeniach w rozwoju gruczołów dokrewnych i mózgu". Jeżeli zaś taki charakter rodzinny daje się stwierdzić tylko w nieznacznej odsetce przypadków, to w każdym razie zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, że hypoplazja gruczołów dokrewnych często idzie ręka w rękę z hypoplazją mózgu. W jednym z przypadków moich i w 2 przypadkach Goldsteina stwierdzone röntgenonologicznie zmniejszenie wymiarów siodła tureckiego wskazywało na wrodzoną hypoplazję przysadki mózgowej. Z tych wszystkich względów zaburzeń psychicznych w eunuchoidyzmie, składających się na typ II i III — niemożna zdaniem mojem uzależniać od hypoplazji gruczołów dokrewnych, ale

należy traktować je raczej jako wyraz skoordynowanych z tą hypoplazją zaburzeń rozwojowych ośrodkowego układu nerwowego.

Zgoła odmiennie jednakże przedstawia się sprawa, o ile chodzi o właściwości psychiczne, cechujące I-szy z wyodrębnionych przezemnie typów. Jeżeli określiłem typ ten jako mało odchylający się od normy psychicznej, to miałem na myśli dziedzinę wyłącznie intelektualną. W dziedzinie afektu i w sferze psychoruchowej typ ten wykazuje pewne cechy, które z jednej strony odgraniczają go wyraźnie od przeciętnego typu psychiki ludzkiej, z drugiej zaś strony zbliżają go pod pewnemi względami do typu psychicznego kastratów. I jedno i drugie stanie się zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie ten mechanizm patofizjologiczny, na którego tle rozwija się obraz somatyczny i psychiczny eunuchoidyzmu. Z badań eksperymentalnych Steinacha, które wykonane zostały na samcach szczurów i żab wynika, że rozwój samczych cech płciowych i cała ewolucja, którą przechodzi niedojrzałe zwierzę na drodze do osiągnięcia swojej pełnej dojrzałości płciowej, pozostają pod wpływem chemicznym wewnętrznego wydzielania gruczołów płciowych na system nerwowy. To właśnie wydzielanie wewnętrzne wytwarza, jeżeli się tak można wyrazić, „erotyzację“ ośrodkowego układu nerwowego, a przedewszystkiem mózgu — a więc siedliska i tworzywa całej psychiki osobniczej. Już *a priori* wyobrazić sobie trudno, ażeby całokształt psychiki osobnika ukształtował się normalnie w tych przypadkach, gdzie wskutek aplazji lub niedorozwoju gruczołów płciowych nie mógł zupełnie przyjść do skutku wspomniany proces erotyzacji, który nakłada i nakładać musi zupełnie swoiste piętno na całą fizjonomję psychiczną człowieka. Zaznaczyć muszę z naciskiem, że wprowadzone tutaj pojęcie erotyzacji mózgu odróżniam ściśle od pojęcia popędu płciowego, dla którego Münzer dopuszcza istnienie hypotetycznego ośrodka wyższego w korze mózgowej, pobudzanego przez wydzielinę wewnętrzną gruczołów płciowych. Zdawaćby się mogło, że eunuchoidyzm nie zawsze stwarza warunki, uniemożliwiające erotyzację ośrodkowego układu nerwowego, spotykamy tam bowiem nierzadko przypadki, w których nie tylko zachowany jest popęd płciowy, ale nawet *facultas coëundi et concipiendi.* To paradoksalne napozór zjawisko da się wyjaśnić na zasadzie wprowadzonej przezemnie do nauki o eunuchoidyzmie i ogólnie przyjętej obecnie koncepcji o dysocjacji płciowej w tem cierpieniu.

Doświadczenie kliniczne wskazuje bowiem, że upośledzenie czynności płciowych przedstawia się w rozmaitych przypadkach niejedna-

kowo. W jednej grupie przypadków popęd płciowy wogóle nigdy się nie rozwija—i erekcje nigdy nie powstają. W innych przypadkach popęd płciowy może być rozwinięty bardzo silnie, może przytem być zachowana *facultas coëundi*, pomimo to jednak istnieje zupełna bezpłodność. Wreszcie przy zupełnym braku popędu płciowego może być zachowana *facultas coëundi et concipiendi*. Przypadki, w których istnieje zupełna kongruencja pomiędzy aplazją morfologiczną, a defektami czynnościowemi, określam nazwą: *hyposexualitas totalis*. Pozostałe przypadki natomiast wykazują cechy dysocjacji płciowej bądź w postaci tylko czynnościowej, jeżeli przy braku wyraźnej hypoplazji narządów płciowych istnieją defekty w dziedzinie czynnościowej, bądź tylko morfologicznej, jeżeli widzimy nierównomierny rozwój poszczególnych części narządów płciowych, bądź morfologiczno-czynnościowej, jeżeli przy wybitnej hypoplazji narządów płciowych istnieje rozszczepienie poszczególnych elementów czynnościowych. Koncepcja ta jest niejako równoważnikiem klinicznym dwoistej budowy gruczołów płciowych, które, jak wiadomo, składają się z gruczołu z przewodem odprowadzającym: t. zw. *ductus efferens* (u mężczyzn) i gruczołu śródmiąższowego, który u kobiet stanowi *corpus luteum*. W sposób eksperymentalny analogiczne zjawisko u zwierząt stwierdzili w swoich słynnych doświadczeniach Acel i Bonin, którzy u zwierząt dorosłych (samców) po nałożeniu ligatury lub też po przecięciu *vasis deferentis*, albo po patologicznem zwężeniu *ductus ejaculatorii* stwierdzali zwyrodnienie rozrodczej części gruczołu, podczas gdy istota śródmiąższowa pozostawała nietknięta: zwierzęta stawały się bezpłodne, ale zachowywały popęd płciowy i wygląd samczy. Jeżeli jednakże osiągano drogą eksperymentalną również i zwyrodnienie wewnątrzwydzielniczej części gruczołu, wtedy zwierzęta traciły wygląd samczy i stawały się podobne do kastrowanych. Zjawisko to, które w klinice męskiego i żeńskiego eunuchoidyzmu bynajmniej nie należy do rzadkości, proponuję określić nazwą dyzdiastematozy (od nazwy gruczołu diastematycznego czyli śródmiąższowego, który zarządza właściwem wydzielaniem wewnętrznem narządu). Zjawiska dyzdiastematozy i dyzerotyzacji stwarzają w symptomatologji eunuchoidyzmu jedyną w swoim rodzaju analogią pomiędzy stanem somatycznym a stanem psychicznym osobnika. Feminizm męskich i wirylizm kobiecych eunuchoidów, który zmierza do zniwelowania typu płciowego osobnika, przejawia się nie tylko w fizycznych cechach układu i budowy ciała, ale również i w cechach

psychiki. Zachowanie się męskich eunuchoidów, ich bierność, apatja, pobudliwość uczuciowa, skłonność do nieumotywowanych stanów przygnębieniowych, stany lękowe, skłonność i upodobanie do zjawisk nadprzyrodzonych, do sztuki, kwiatów i t. p., egotyzm i egocentryzm— składają się na cechy zbliżające ich psychikę z jednej strony do typu kobiecego, z drugiej zaś — do psychiki kastratów (Pelikan, M. Hirschfeld, Zombaco-Pascha). I tutaj, jak i w dziedzinie somatycznej przejawy feminizmu u eunuchoidów męskich występują daleko wyraźniej i plastyczniej, aniżeli objawy wirylizmu u eunuchoidów kobiecych. Drugim przejawem analogii somatopsychicznej jest niezmierne podobieństwo nie tylko modelacji twarzy, na które zwraca uwagę szereg autorów, ale i profilów psychicznych wśród eunochoidów wogóle, specjalnie zaś wśród eunuchoidów I-go typu. Nie mogę tu dla braku miejsca przytaczać wyników badań moich nad tym typem, przeprowadzonych t. zw. wielką metodą Rossolimo („metoda profilów psychologicznych"), ale stwierdzić tu muszę, że monotonja i jednostajność tych profilów jest zdumiewająca. Trzecim objawem wreszcie wspomnianej analogji somatopsychicznej jest brak objawów rozwoju wstecznego nie tylko w dziedzinie skóry i narządów wewnętrznych — uderzająco młody wygląd twarzy eunuchoidów, na który zwracałem uwagę — ale i w dziedzinie funkcji mózgu, którego sprawność jest niemal jednakowa tak u młodych, jak i u starych eunuchoidów. I tutaj uwidoczniają się po raz pierwszy różnice pomiędzy psychiką eunuchoidów a psychiką kastratów, którzy starzeją się bardzo wcześnie nie tylko pod względem fizycznym, ale niedołężnieją prędko pod względem psychicznym, jakkolwiek przez pewien czas po dokonaniu kastracji mogą niewykazywać absolutnie żadnych zaburzeń psychicznych. Wynika to z faktu, że o ile kastracja następuje w okresie, kiedy proces erotyzacji mózgu został już ukończony, wtedy może on przetrwać przez czas dłuższy kastrację, albowiem czynność ośrodków mózgowych reguluje się przez ten czas automatycznie nawet po odpadnięciu podniety hormonów gruczołów płciowych. Ze wszystkich wywodów powyższych wynika, że błędnym jest pogląd niektórych autorów (Goldstein, Krisch, Hempel), którzy odmawiają zaburzeniom w wydzielaniu gruczołów dokrewnych jakiegokolwiek znaczenia w powstawaniu zaburzeń psychicznych w eunuchoidyzmie. Jeden ze składników tych zaburzeń, który najwyraźniej występuje w typie I, ale przewija się również i przez 2 pozostałe — musi być

zdaniem mojem uzależniony bezpośrednio od hypofunkcji gruczołów płciowych.

Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to, o ile obraz somatyczny eunuchoidyzmu wymagał zróżniczkowania go z całym szeregiem stanów analogicznych albo pokrewnych (rozmaite postaci otłuszczenia, choroba Dercuma, geroderma genito-distrophica; gigantismus, akromegalja, dystrophia adiposo-genitalis, stwardnienie wielogruczołowe i t. d.), o tyle obraz psychotyczny tego cierpienia nie nastręcza materjału porównawczego. Jeżeli jednakże niektórzy autorzy (di Gaspero, Krisch) starają się odgraniczyć zespół psychiczny eunuchoidyzmu od t. zw. infantylizmu psychicznego, to stanowisko to polega zdaniem mojem na nieporozumieniu. Infantylizm jest pojęciem czysto morfologicznem, oznaczającem trwanie cech cielesnych i psychicznych właściwych wiekowi znacznie wcześniejszemu, niż wiek danego osobnika, w odróżnieniu od mikrozomji idjopatycznej czyli harmonijnego zmniejszenia wielkości ciała z zachowaniem właściwości cielesnych i psychicznych, odpowiadających normalnemu osobnikowi dorosłemu, oraz w odróżnieniu od karłowatości, polegającej na zmniejszeniu wielkości ciała, której objawem zasadniczym są zniekształcenia ciała przy zachowaniu właściwości cielesnych i psychicznych, odpowiadających wiekowi osobnika. Ale infantylizm jest tylko pojęciem zbiorowem, ogarniającem cały szereg zaburzeń wewnątrzwydzielniczych—i właśnie obraz kliniczny eunuchoidyzmu jest jednym—szczególnie wyrazistym—z tych typów, wyodrębnionych z tego ogólnego zbiorowiska i figurującym dotąd pod takiemi etykietami jak „infantilisme reversif", „i. regressif", „i. orchidien", „i. ovarien", „i. acromegalo-gigantique" i t. d., które starałem się w swoim czasie zdyskwalifikować, jako autonomiczne jednostki kliniczne i wszczepić do macierzystego pnia eunuchoidyzmu. Wystarcza zresztą rozpatrzyć cechy psychiczne—właściwe rzekomo tylko infantylizmowi psychicznemu, które przytacza w pracy swojej di Gaspero, ażeby przekonać się, na jak kruchych podstawach opiera się zupełnie sztuczna konstrukcja różniczkowania obrazu infantylizmu psychicznego od obrazu zaburzeń psychicznych w eunuchoidyzmie, które właściwie są jednem i tem samem.

WNIOSKI.

1. W zaburzeniach psychicznych eunuchoidyzmu stwierdzamy 3 składniki: a) składnik padaczkowy, b) składnik oligofreniczny i c) składnik dyzdiastematyczny.
2. Niema przypadku eunuchoidyzmu, w którym by nie można było wykryć przynajmniej jednego z tych składników.
3. Składniki padaczkowy i dyzdiastematyczny przewijać się mogą przez wszystkie trzy kliniczne typy eunuchoidyzmu i są niewątpliwie natury dyzendokrynologicznej.
4. Składnik oligofreniczny niema prawdopodobnie związku z wydzielaniem wewnętrznem, należy go odnieść do kategorji zjawisk konstytucyjno-degeneracyjnych.

PIŚMIENNICTWO.

1. Goldstein Arch. f. Psych. 1914. 2. Josephson i Sundquist. Neur. Centr. 1916. 3. Peritz. Neur. Centr. 1913. 4. Hempel. Mediz. Klin. 1916. 5. Sänger. Deut. Zeitschr. für Nervenheilk. 1912. 6. Sainton. Presse méd. 1917. 7. Van der Scheer. Zeitschr. für die ges. Neurol. und Psych. 1915. 8. Krisch. Zeitschr. für die ges. Neur. und Psych. 1917.

III ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH W WILNIE

w d. 4—5—6 Czerwca 1922 r.

Zjazd, który zgromadził licznych przedstawicieli psychjatrji ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej, rozpoczął się od zwiedzania Wilna pod wytrawnem kierownictwem Dziekana Wydziału Sztuki Prof. F. Ruszczyca. Uroczyste otwarcie Zjazdu odbyło się w auli Kolumnowej Uniwersytetu Stefana Batorego. Zjazd zagaił Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Prof. D-r Władyczko następującem przemówieniem:

Zagajenie Zjazdu przez Prof. D-ra Stanisława Władyczkę.

Dzisiaj, w tych starych murach Wszechnicy Wileńskiej, gdzie ongiś głos Skargi rozbrzmiewał, a Sarbiewski swe ody układał, skąd Poczobut zdążał ku gwiazdom, gdzie Lelewel wzmagał duch narodowy i tworzył naukę krytycyzmu historycznego, gdzie pracowali Śniadeccy, a uczniami byli autor ody „do młodości“ i twórca „Lilli Wenedy“, gdzie Tomasz Zan wraz z innymi propagował promienistość,— w tej Auli, gdzie może i teraz przesuwają się i są z nami obecne cienie tych wielkich, którzy kiedyś tu pracowali i którzy z swych myśli i z swych uczuć stworzyli u stóp prastarej Wszechnicy źródło czyste, z którego piły szeregi pokoleń — w tych murach drogich i świętych święcimy dzisiaj uroczyste otwarcie III Zjazdu Psychjatrów Polskich a I-go wogóle Zjazdu Naukowego w Wilnie, złączonem niedawno formalnie z Polską, mówię formalnie, bo duszą, sercem i krwią Wilno było, jest i zawsze będzie z Polską złączone.

Zjazd dzisiejszy jest wyrazem zjednoczenia tu w Wilnie wszystkich Ziem Polskich pod hasłem nauki. Kraków, Lwów, Poznań, Lublin, Warszawa, Wilno — są tu złączone. Są tu przedstawiciele wszystkich dzielnic polskich, przedstawiciele psychjatrji i nauk prawa. Brakuje jedynie przedstawiciela tej Ziemi Polskiej, która chwilowo jeszcze jest pod butem i opresją niemiecką, tej Ziemi, o której słusznie

mówi lud tamtejszy, że jeśli, ścisnąć grudkę ziemi tej w garści — to się poleją z niej obficie łzy polskie, poleje się krew polska. Ja mówię o Śląsku Górnym. Niech żyje Śląsk Górny! Oby na Zjeździe następnym nie zabrakło przedstawicieli tej ziemi polskiej dla wspólnej pracy dla dobra i chwały Rzeczypospolitej Polskiej.

Zjazd obecny odbywa się w chwili, gdy ziemia Wileńska nie wygoiła jeszcze ran, otrzymanych w czasie wojny światowej. Część ludności tej ziemi siedzi jeszcze na zgliszczach, mieszka w byłych rowach strzeleckich, mieszka nawet w podziemiu.

Zjazd obraduje w chwili, gdy jeszcze trwają pomruki niejasne, gdy z pod gruzów i zgliszcz słychać raz po raz jakieś ruchy, których nikt nie umie jeszcze określić. Zjazd obraduje w chwili, gdy jutro, gdy dzień jutrzejszy jeszcze nie pewny. Jeżeli jednak zebraliśmy się w Wilnie wyzwolonem niejednokrotnie od najścia najeźdźców, jeśli spokojnie możemy obradować w Wilnie, — w tej najpiękniejszej perle Korony Polskiej, zawdzięczamy to przelanej krwi naszego żołnierza. Ta krew przelana dała Krajowi wolność, a nam przedstawicielom nauki — warunki spokojnej pracy. Zawdzięczamy to wojsku naszemu pod dowództwem naczelnem Wodza naczelnego Józefa Piłsudskiego. Niech żyje Józef Piłsudski!

Na Zjazd obecny zgłosiło swój udział 63 członków z poza Wilna i przeszło 30 z Wilna. Referatów zgłoszono — 36. Są to referaty, dotyczące wszystkich działów — psychjatrji klinicznej, psychjatrji administracyjnej i psychjatrji sądowej. Oprócz tych czysto specjalnych zadań Zjazd ma jeszcze szerokie cele opracowania materjału i projektów dla przyszłego unormowania prawno-państwowego jednostki upośledzonej, niedołężnej, ubezwłasnowolnionej, przestępczej i wogóle psychicznie chorej. Zjazd będzie też obradować w sprawie postulatów psychjatrji w odniesieniu do prawa o małżeństwie. Tu będzie współpraca psychjatry i prawnika. Zjazd będzie rozważać bardzo aktualną sprawę zorganizowania opieki nad psychicznie chorymi w Wileńszczyźnie. Poruszony będzie temat, dotyczący psychologji żołnierza w polu.

Jeśli Panowie, krew żołnierza dała Ziemi naszej wolność, jeśli pot rolnika wzmaga tej ziemi urodzajność, a praca rzemieślnika i robotnika przysparza bogactwa Krajowi, to zadaniem nas pracowników w dziedzinie nauki jest ułatwiać sposoby i warunki tej pracy i być czynnikiem tworzenia kultury prawdziwej narodu naszego i wogóle ludzkości.

Niech i Zjazd dzisiejszy da najpomyślniejsze wyniki obrad w sprawach czysto specjalnych, lecz niech się także przyczyni do wzmożenia kultury prawdziwej i do podniesienia narodu naszego ku jeszcze większym szczytom cywilizacji.

Witam wszystkich członków Zjazdu zarówno psychjatrów jak i prawników, witam przedstawicieli Rządu w osobach Pana Ministra Zdrowia Publicznego i Delegata Rządu w Wilnie, dziękuję wszystkim tym, którzy przyczynili się do zorganizowania Zjazdu, dziękuję wszystkim gościom, którzy raczyli przybyć na otwarcie Zjazdu i w imieniu Komitetu Organizacyjnego ogłaszam III Zjazd Psychjatrów Polskich w Wilnie za otwarty.

Prezydjum Zjazdu ukonstytuowało się wsposób następujący: Prezes honorowy: Minister d-r Witold Chodźko, Prezes doc. d-r R. Radziwiłłowicz, członkowie Prezydjum: Kohlberger Władysław, Zagórski Roman, Borowiecki Stefan, Piotrowski Aleksander, Kryzan Stanisław.

Minister d-r W. Chodźko, jako Przewodniczący honorowy Zjazdu wygłosił następujące przemówienie:

Szanowni Panowie!

Zrozumiałem jest dla Was wzruszenie, z jakiem w charakterze polskiego Ministra Zdrowia Publicznego staję przed Wami, aby tu w Wilnie otworzyć obrady III Zjazdu psychjatrów polskich.

Chwila jest zbyt uroczysta i zbyt wiele wywołuje wrażeń i myśli, abym mógł ograniczyć się do suchych formalności urzędowych. Pozwólcie mi więc, Panowie, że będę „myślał głośno" i wybaczcie mi, jeżeli te myśli nie będą ani nowe, ani zbyt zajmujące.

Ta szlachetna krynica polskości, jaka bije w Wilnie, nastrajać nas musi na narodową i historyczną nutę i zmusza do zastanowienia się przez chwilę, czy i co psychjatrzy polscy w służbie ogólnej narodowi polskiemu w darze przynieśli.

Jeżeli pominiemy wzgląd czysto utylitarny — pielęgnowania i leczenia pewnej liczby psychicznie chorych w Polsce w ciągu szeregu lat, — ale sięgniemy do głębi historji psychjatrji polskiej i zapytamy, czy do skarbnicy ogólno-ludzkiej wiedzy o chorobach umysłowych wnieśli psychjatrzy polscy nowe swoiste i polskie elementy naukowe, odpowiedź musi wypaść niepomyślnie. Najoryginalniejszy umysł wśród

psychjatrów polskich, Romuald Pląskowski, nie zdołał swoich myśli i planów naukowych rozwinąć i nie zostawił następców, nie stworzył szkoły. Natomiast z bólem serca czytamy w książce Alfonsa Erlickiego, że stąd właśnie, z naszego polskiego Wilna wyszedł Jan Baliński, który stał się założycielem pierwszej kliniki chorób umysłowych w Rosji i pierwszym rosyjskim profesorem psychjatrji. „Wydatne jego wykładowe zdolności i obszerna wiedza praktyczna" — pisze Erlicki — „odrazu przyciągnęły ku niemu mnóstwo zwolenników tej nowej jeszcze wtedy specjalności i tym sposobem powstała pierwsza szkoła ruskich psychjatrów". Wybitnymi przedstawicielami tej szkoły byli również Polacy: Czeczot, Mierzejewski, Erlicki i t. d. Opustoszała niwa polskiej psychjatrji na rzecz obcych bogów...

Polska szkoła psychjatryczna nie istnieje dotąd. Ale może ktoś zastrzec się, że psychjatrja jako nauka nie może być narodową, jest z natury swej kosmopolityczna.

Cóż jednak spostrzegamy na Zachodzie?

Pomimo wszelkich tendencji umiędzynarodowienia psychjatrji, co samo przez się wydaje się paradoksem, i ciągłego wzajemnego oddziaływania, wciąż jeszcze szkoła psychjatryczna francuska nie jest identyczna z niemiecką, albo angielską, albo włoską,—nie jest to bynajmniej zjawisko przypadkowe, ale bardzo głęboko tkwiące w istocie rzeczy.

Pomimo podobieństwa obrazów klinicznych u chorych poszczególnych narodów, sama koncepcja patologji chorób umysłowych, samo ujęcie istoty cierpienia psychicznego, jak to stwierdził Roubinovitch co do Francji i Niemiec, jest u różnych narodów różne i nie dało się dotąd ujednostajnić, a zależy oczywiście od różnicy organizacji psychicznych badaczy rozmaitych narodów.

Z drugiej strony między klinicystami psychjatrycznymi poszczególnych narodów, pomimo różnic indywidualnych istnieją zawsze rysy wspólne, które składają się razem na wytworzenie narodowej szkoły psychjatrycznej.

Takiej narodowej szkoły psychjatrycznej Polska nie posiada — nie wiemy dotąd, jak psychjatrzy polscy, jako całość, ujmują zagadnienia zarówno kliniczno-psychjatryczne, jak i społeczno-psychjatryczne; jest to brak dotkliwy i przykry, który to sprawia, że psychjatrja polska na terenie międzynarodowym nie istnieje dotąd wcale.

Jest to dla mnie rzeczą nie ulegającą wątpliwości, że zjazdy psychjatryczne, ułatwiając stałą i lojalną wymianę zdań i ujednostajnie-

nie poglądów między psychjatrami polskimi, są najlepszym sposobem i najpewniejszą drogą do wytworzenia polskiej szkoły psychjatrycznej i do dopomożenia narodowi polskiemu, aby i w tej dziedzinie międzynarodowej emulacji zajął należne mu stanowisko. W tem widzę również jedną z najwalniejszych usług, jaką narodowi oddać możemy.

Dlatego z wielką radością i jako przedstawiciel Rządu Polskiego, i jako psychjatra z zawodu widzę zapał i energję wielce zasłużonych inicjatorów tych Zjazdów, którzy, pokonywując piętrzące się na ich drodze przeszkody, wytrwale dążą naprzód do swego celu.

Pragnąłbym ze swej strony, aby Zjazdy psychjatryczne polskie przyjęły świadomie jako jedno z najważniejszych swoich zadań stopniowe wytworzenie polskiej szkoły psychjatrycznej.

Obok tego zadania, które stanowić winno mojem zdaniem ideę przewodnią ogólną tych zjazdów, każdy z nich winien, wiernie stojąc na straży odwiecznego ideału społecznego medycyny polskiej, zajmować się rozwojem psychjatrji szpitalnej i społecznej tej dzielnicy, w której stolicy zasiada. Zjazd nasz obecny będzie miał za zadanie zajęcie się przygotowaniem ogólnego planu zwalczania chorób psychicznych w prowincjach wschodnich państwa Polskiego i nie wątpię, że to zadanie swoje chłubnie spełni.

Rząd i Ministerstwo Zdrowia Publicznego, ufny w wypróbowany patrjotyzm psychjatrów polskich, z uwagą przysłuchiwać się będzie ważnym dyskusjom w tej materji i uchwały Zjazdu weźmie niewątpliwie pod najżyczliwszą rozwagę celem ich realizacji w granicach swej możności, dla dobra tego miasta i tej dzielnicy, tak nam wszystkim drogiej.

Następnie przemawiali przedstawiciele Uniwersytetu Wileńskiego, władz miejskich oraz instytucji naukowych i społecznych.

Uchwały III Zjazdu Psychjatrów Polskich w Wilnie z dnia 6 czerwca 1922 roku.

1. Zjazd Psychjatrów Polskich uważa za najpilniejszą potrzebę Państwową w zakresie opieki nad psychicznie chorymi stworzenie Zakładu Psychjatrycznego dla Wileńszczyzny przynajmniej na 1000 łóżek.
2. Zjazd uważa za niezbędne wprowadzenie jednolitego dla całego Państwa Ustawodawstwa o opiece nad psychicznie chorymi i wzywa Ministerstwo Zdrowia Publicznego do jak najszybszego opracowania projektu takiej Ustawy i wniesienia go do Sejmu.

3. Zjazd uważa za konieczne utworzenie w łonie Ministerstwa Zdrowia Publicznego odrębnego Urzędu Psychjatrycznego, w którym byłyby ześrodkowane wszystkie sprawy, dotyczące opieki nad psychicznie chorymi w Państwie.

4. Zjazd zwraca się do Komisji Kodyfikacyjnej o powołanie w charakterze rzeczoznawców przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego przy opracowywaniu przepisów Prawa dotyczących psychicznie chorych.

5. Zjazd uważa za konieczne poddanie rewizji dotychczasowych przepisów prawa o małżeństwie, prawie familijnem w ogólności i zwraca się do Komisji Kodyfikacyjnej o opracowanie jednolitej dla całego Państwa Ustawy w tym przedmiocie ze współudziałem rzeczoznawców psychjatrycznych.

6. Zjazd uważa za niedopuszczalne łagodzenie ustawy z dnia 23.IV 1920 r., ograniczącej sprzedaż napojów alkoholowych, i wzywa Rząd do najściślejszego przestrzegania przepisów tej Ustawy.

7. Zjazd uważa za konieczne utworzenie samodzielnej instytucji naukowej, poświęconej badaniu dziedziczności, oraz spraw związanych z hygieną rasy i jej częścią eugenetyką.

STRESZCZENIA ODCZYTÓW, WYGŁOSZONYCH NA III ZJEŹDZIE PSYCHJATRÓW POLSKICH W WILNIE.

Doc. D-r Med. R. Radziwiłłowicz. O przyrodniczy charakter psychjatrji.

W psychjatrji współczesnej przeważa kierunek psychologiczny, opierający się na teorji asocjacyjnej. Teorja ta nie jest przyrodniczą i wpływa ujemnie na psychjatrję, odchylając jej bieg od przyrodniczego pionu. Teorja asocjacyjna jest metafizyczna, aprioryczna, przesądza zgóry, czem jest byt psychiczny sam w sobie, jaka jest jego istota, nie odpowiada doświadczeniu, jest ciasna, pomija całe dziedziny (jaźń, podświadomość), ponieważ nie mieszczą się one w granicach teorji. Zapoznaje związek pomiędzy zjawiskami ustroju a zjawiskami psychicznemi, zapoznaje biologiczny charakter życia duchowego. Stoi na stanowisku statycznem, kiedy właściwe jest stanowisko dynamiczne. Każdy stan świadomości nie jest stanem, lecz aktem świadomości. Psychjatrja, jeśli ma utrzymać swój przyrodniczy charakter, powinna wyzbyć się tych wszystkich nieprzyrodniczych naleciałości. Prelegent kończy przypomnieniem, że w dniu otwarcia Zjazdu mija 100 lat od chwili opuszczenia przez Jędrzeja Śniadeckiego katedry na Uniwersytecie Wileńskim i przytacza ustęp z teorji jestestw organicznych na poparcie słuszności swoich wywodów.

Doc. D-r Med. R. Radźiwiłłowicz. Ubezwłasnowolnienie wskutek choroby psychicznej.

Przy ocenie niepoczytalności cywilnej należy kierować się temi samemi zasadami, co przy ocenie niepoczytalności karnej. Pojęcia poczytalności zmniejszonej przy unieważnianiu aktów dokonanych wprowadzać nie należy. W wypadkach wyraźnej złej woli wyzyskania czyjejś zmniejszonej sprawności psychicznej, sędzia będzie miał zawsze możność unieważnienia czynności na podstawie przepisu prawa, zabraniającego dokonywania aktów wykraczających przeciwko dobrym

obyczajom, jak wyzyskanie czyjegoś ciężkiego położenia materjalnego, czyjejś lekkomyślności lub czyjegoś niedoświadczenia. Przepis prawa, określający warunki ubezwłasnowolnienia powinien posiadać brzmienie następujące: *zostaje ubezwłasnowolniony, kto wskutek niedorozwoju psychicznego lub chorobliwego, nieprzemijającego rozstroju psychicznego nie może zarządzać swojemi sprawami.* Dla potrzeb doradcowstwa (kurateli) przepis należy odpowiednio zmodyfikować.

T. zw. sądowe postępowanie detencyjne (w myśl przepisów procedury austrjackiej) jest ze stanowiska psychjatrycznego niedopuszczalne i niepowinno znaleźć zastosowania w prawodawstwie polskiem.

Ingerencja sądu powinna być sprowadzona do granic następujących: 1) *o każdym przypadku wybuchu choroby psychicznej powinien być powiadomiony przez rodzinę chorego, a w jej braku przez policję, miejscowy sędzia pokoju, który wyznaczy opiekuna nad osobą i majątkiem chorego.* 2) *Jeżeli w ciągu 4-ch miesięcy od wybuchu choroby psychicznej nie zostanie podjęta przez osoby do tego uprawnione akcja, zdążająca do ubezwłasnowoluienia chorego, sędzia pokoju okręgu, w którym przebywa chory, sam podejmie jego ubezwłasnowolnienie po stwierdzeniu, że stan spraw tego wymaga.*

D-r R. Zagórski. Ubezwłasnowolnienie z powodu choroby psychicznej.

Nierozporządzalnością nazywamy taki ustawą unormowany psychiczny lub prawny stan danej jednostki, z którym ustawodawca wiąże niezdolność jej do działań prawnych wzgl. nieważność dokonywanych przez nią takich działań; ubezwłasnowolnienie zaś jest urządzeniem prawnem, mającem na celu zapewnienie opieki prawnej jednostce niezdolnej do zarządzania swemi sprawami przy równoczesnem pozbawieniu jej rozporządzalności. Stosunek wzajemny obu spraw jest złożony; można zostać uznanym za nierozporządzalnego, a nie zostać ubezwłasnowolnionym, natomiast ubezwłasnowolnienie pociąga za sobą jako konieczny skutek nierozporządzalność. Oprócz zatem nierozporządzalności wskutek ubezwłasnowolnienia istnieje nierozporządzalność wskutek samej tylko choroby psychicznej, czyli t. zw. nierozporządzalność naturalna. Pierwszy rodzaj nierozporządzalności podlega stopniowaniu (ubezwłasnowolnienie zupełne lub częściowe), nierozporządzalność naturalna jest absolutna.

Przepis prawa, określający nierozporządzalność, powinien brzmieć w sposób następujący: *„nierozporządzalny jest, kto wskutek choroby*

psychicznej, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości niezdolny jest działać zgodnie z rozsądkiem". O ileby ustawodawca zamierzał przemijające zaburzenia czynności psychicznych traktować oddzielnie, należałoby w tekscie powyższym skreślić słowa „lub zamroczenia świadomości".

Przepis prawa o ubezwłasnowolnieniu powinien brzmieć: *„osoby wyżej lat 7-u, które wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego są niezdolne zarządzać swemi sprawami, mogą być zupełnie ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie, które wprawdzie nie są niezdolne zarządzać swemi sprawami, ale wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego potrzebują do należytego zarządzania swemi sprawami doradcy, mogą być częściowo ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie mogą być nadto częściowo ubezwłasnowolnione, jeżeli wskutek nałogowego nadużywania alkoholu lub trucizn nerwowych zagrażają sobie lub swej rodzinie niedostatkiem, albo zagrażają bezpieczeństwu drugich, albo potrzebują doradcy do należytego zarządzania swemi sprawami. Zupełnie ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności dziecku poniżej 7-u lat. Należy mu wyznaczyć kuratora. — Częściowo ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności własnowolnemu niepełnoletniemu i otrzymuje doradcę. Ubezwłasnowolnieuie ma być zniesione skoro ustanie przyczyna, która je spowodowała"*. Nie należy ograniczać zakresu choroby psychicznej dodaniem słowa „nieprzemijający".

Ustawa powinna stać wyłącznie na stanowisku interesu i dobra chorego i wszystkie szczegółowe przepisy powinna dostosowywać do tego zasadniczego założenia. W stosunku do alkoholików i narkomanów, także prokuratorowi powinno przysługiwać prawo stawiania wniosku o ich ubezwłasnowolnieniu. Ustawa powinna przewidywać t. zw. tymczasowe ubezwłasnowolnienie; normować taki rodzaj opieki prawnej nad psychicznie chorymi, któryby w przeciwieństwie do właściwego ubezwłasnowolnienia nie naruszał a priori ich rozporządzalności.

Licząc się z faktem dokonanym włączenia do obowiązującej dotąd w Małopolsce ustawy austryjackiej z 28/6 1916, przepisów prawnych o kontroli sądowej nad zakładami psychjatrycznymi w postaci t. zw. postępowania detencyjnego, referent nie oświadcza się zasadniczo przeciwko takiej kontroli, uważa jednak za koniecznie wskazane, aby postępowanie detencyjne miało, przynamniej w odniesieniu do państwowych zakładów psychjatrycznych oraz do tych zakładów psy-

chjatrycznych, które przez kompetentne władze państwowe uznane zostaną za równorzędne zakładom państwowym, charakter wyłącznie tylko fakultatywny.

D-r W. Kohlberger (Kulparków). Z a s a d y p r o j e k t u U s t a w y o o p i e c e n a d u m y s ł o w o c h o r y m i, n i e d o ł ę ż n y m i i u p o ś l e d z o n y m i w P a ń s t w i e P o l s k i e m.

Opiekę osobistą nad umysłowo chorymi, upośledzonymi i niedołężnymi sprawują opiekunowie wzgl. kuratorowie wyznaczeni przez sędziów powiatowych na przedstawienie gminnych urzędów opiekuńczych przy współudziale gminnych Rad opiekuńczych. Sędziowie powiatowi kontrolują osobiście, jak wykonywana jest opieka i kierują tą opieką. Mniejsze gminy, zwłaszcza wiejskie łączą się w gminy zbiorowe, tworząc osobny zbiorowy gminny urząd opiekuńczy z osobną zbiorową gminną Radą opiekuńczą. Sąd obwodowy wzgl. okręgowy jest drugą instancją opiekuńczą łącznie z sądową obwodową wzgl. okręgową Radą opiekuńczą, w której obradach biorą czynny udział między innymi kierownicy wszystkich publicznych i prywatnych zakładów psychjatrycznych, znajdujących się w obrębie urzędowania tego Sądu okręgowego, oraz psychjatrzy sądowi. Sąd zwołuje taką radę raz na 3 miesiące. Sąd wyższy, apelacyjny jest trzecią i ostateczną instancją odwoławczą w sprawach opiekuńczych osobistych. Przy sądzie tym czynna jest wyższa sądowa Rada opiekuńcza, w której skład wchodzą między innymi kierownicy wszystkich publicznych, państwowych i samorządowych zakładów psychjatrycznych, leżących w obrębie urzędowania Sądu apelacyjnego oraz zakładów psychjatrji sądowej miejscowej Wszechnicy. Przedmiotem obrad wyższej sądowej Rady opiekuńczej są wszystkie sprawy, łączące się z opieką tak osobistą, jak i społeczną wzgl. zakładową nad umysłowo chorymi, upośledzonymi i niedołężnymi, znajdującymi się na obszarze urzędowania tego Sądu Wyższego. W Ministerstwie Zdrowia Publicznego ma swą siedzibę Naczelny Państwowy Urząd Opiekuńczy, przy którym czynnna jest naczelna państwowa Rada opiekuńcza. W skład Rady tej wchodzą przedstawiciele warszawskiej gminnej Rady opiekuńczej, przedstawiciele wszystkich wyższych sądowych Rad opiekuńczych, przedstawiciele sądownictwa i wojewódzkich urzędów zdrowia, inspektorzy zakładów psychjatrycznych, dyrektorowie państwowych, komunalnych i większych prywatnych zakładów psychjatrycznych, profesorowie psychjatrji klinicznej i sądowej oraz warszawscy psychjatrzy sądowi.

Przedmiotem obrad najwyższej Rady będzie załatwianie wniosków poszczególnych członków tej Rady oraz wszelkich urzędowych przedłożeń, dotyczących społecznej wzgl. zakładowej opieki nad umysłowo chorymi, upośledzonymi i niedołężnymi. Naczelna państwowa Rada opiekuńcza będzie zwoływana 2—3 razy do roku, a w razie potrzeby i częściej. Zadaniem naczelnego państwowego Urzędu opiekuńczego będą następujące sprawy: organizacja i kierownictwo wszystkich czynności państwowych, dotyczących opieki nad psychicznie chorymi, tworzenie, urządzanie i utrzymywanie wszystkich zakładów psychjatrycznych posiadających ogólnopaństwowe znaczenie, badanie wzgl. zatwierdzanie planów i kosztorysów na budowę nowych i przeobrażanie istniejących już zakładów psychjatrycznych, nadzór i kontrola nad wszystkiemi państwowemi, samorządowemi i prywatnemi zakładami psychjatrycznemi, ewidencja, nadzór i kontrola wszystkich umysłowo chorych, upośledzonych i niedołężnych w państwie, przegląd sprawozdań wszystkich zakładów psychjatrycznych oraz wszystkich Rad i urzędów opiekuńczych, wydawanie zarządzeń, mających na celu zapewnienie należytej opieki osobom jej potrzebującym, opracowywanie statutów, regulaminów i rozporządzeń wykonawczych dla zakładów psychjatrycznych wszelkiego typu oraz zatwierdzanie budżetów tych zakładów, przedstawianie Ministrowi Zdrowia do nominacji wszystkich wyższych funkcjonarjuszy państwowych, zakładów psychjatrycznych, zarządzanie zasiłkami wydawanemi przez państwo na cele psychjatryczne, podejmowanie wydawnictw, związanych z opieką psychjatryczną, wreszcie popularyzowanie drogą pism, broszur i odczytów wiadomości o zapobieganiu chorobom umysłowym i o drogach ich zwalczania.

Dr. W. Łuniewski. Postulaty psychjatryczne w odniesieniu do prawa o małżeństwie.

Tylko ustawa cywilna, niedzieląca obywateli według wyznań i uniemożliwiająca wyłamywanie się zpod prawa przez zmianę wyznania, może sprowadzić ujednostajnienie odmiennych prawodawstw działających na ziemiach naszych i zapewnić wprowadzenie w życie następujących postulatów psychjatrycznych: 1) zawieranie małżeństw nietylko przez osoby „umysłowo chore“, ale także przez osoby umysłowo upośledzone, powinno być zasadniczo zakazane; wyjątek mogłyby stanowić małżeństwa, w których zgóry dałoby się przewidzieć, że potomstwa mieć nie będą; w wypadkach wątpliwości co do stanu psychicznego kandydatów do stanu małżeńskiego powinni być wzywa-

ni rzeczoznawcy psychjatrzy; 2) małżeństwa zawarte przez osoby psychicznie chore powinny podlegać unieważnieniu wzgl. rozwodowi, a to na żądanie jednej ze stron zainteresowanych bezpośrednio jak i na żądanie władzy publicznej; w przypadkach, kiedy małżeństwo miałoby już potomstwo byłby wskazany raczej rozwód, niż unieważnienie; 3) rozwód powinien być ulegalizowany; 4) choroba psychiczna jednego z małżonków, powstała po zawarciu prawomocnego małżeństwa, powinna być uznana za powód do rozwodu; 5) warunki uznania choroby za powód do rozwodu powinny być sformułowane możliwie liberalnie, nie powinny też zawierać pytań, na które lekarze eksperci nie byliby w możności udzielić ścisłych odpowiedzi; 6) nałóg pijacki jednego z małżonków, ze względu na nieporozumienia jakie budzić mogłaby ewentualnie jego ocena psychjatryczna wobec sądów, powinien być wymieniony w szeregu powodów do rozwodu osobno.

D-r Juljan Podwiński, ordynator szpitala św. Jakóba w Wilnie. W obecnym czasie ziemia Wileńska nie posiada żadnego Zakładu dla umysłowo-chorych, którzy znajdują pomieszczenie tylko w schronisku na 80 łóżek przy szpitalu św. Jakóba. Zwykle jednak przebywa tam do 120 umysłowo chorych.

Zarówno lokal, jak i ogólne warunki hygjeniczne w tym schronisku nie odpowiadają wcale wymaganiom hygjeny i psychjatrji; przeciwnie, schronisko to przypomina dom dla obłąkanych w wiekach, poprzedzających działalność Pinela i Esquirola.

Dawny Zakład dla umysłowo chorych w Nowej Wilejce (9 kilometrów od Wilna) został podczas wojny częściowo zniszczony, i obecnie zabrany jest na użytek wojskowości. — Umysłowo chorych, potrzebujących opieki szpitalnej, znajduje się w Wileńszczyźnie około 1100 osób.

Biorąc powyższe pod uwagę, referent prosi III Zjazd Psychjatryczny o przyjęcie następujących wniosków:

1) Niezbędne jest zorganizowanie w samem Wilnie oddziału psychjatrycznego dla przypadków ostrych i sądowo - lekarskich na 100 łóżek.

2) W samem Wilnie należy uruchomić oddział tymczasowy na 150 łóżek dla umysłowo chorych o przebiegu przewlekłym.

3) Na terenie Wileńszczyzny powinien być urządzony duży szpital psychjatryczny, zorganizowany według najnowszych wymagań psychjatrji współczesnej.

4) Tymczasowo należy przesyłać chorych umysłowo ze schroniska św. Jakóba do innych szpitali psychjatrycznych Rzeczypospolitej, w celu zlikwidowania tegoż schroniska; pozatem należy co kilka miesięcy przesyłać chorych umysłowo z Wileńszczyzny do odpowiednich szpitali w Polsce.

5) Należy poczynić odpowiednie kroki celem zwrotu byłej kolonji i szpitala Psychjatrycznego w Nowej Wilejsce dla uruchomienia tam szpitala dla chorych umysłowo nowego typu.

D-r Autoni Mikulski (Kochanówka). Postępy w leczeniu chorych psychicznych.

Doświadczenie szpitala w Kochanówce wskazuje, że przy leczeniu porażenia postępującego salvarsanem należy uwzględniać czas trwania choroby: we wcześniejszych okresach choroby (przed upływem roku) neo salvarsan wywołuje poprawę, która w przypadkach mówcy wystąpiła w 75%. Nie zdarzyło się stwierdzić, aby odczyn Bordet'a-Wassermann'a znikł lub nawet zmniejszył się istotnie we krwi lub płynie mózgowordzeniowym pod wpływem salvarsanu. Natomiast stan psychiczny zazwyczaj pod wpływem leczenia skombinowanego niekiedy w krótkim odstępie czasu niejednokrotnie całkowicie wracał do normy. Jednakże wszyscy prawie chorzy, u których następowała całkowita poprawa psychiczna, wracali po pewnym czasie w stanie mniej lub więcej znacznego pogorszenia. Terapję gorączkową porażenia postępującego reprezentuje w Kochanówce nukleina, która stosowana jest niemal od 10 lat z dobrym wynikiem. Polepszenie znaczne w pierwszym roku choroby było zjawiskiem stałem, a w późniejszych przypadkach występowało dość często. W całym szeregu przypadków poprawa psychiczna i fizyczna była tak znaczna, że chorzy powracali do swych zajęć, ale, jak i przy salvarsanie, prawie zawsze po pewnym czasie występowała recydywa. Z zalecanych w ostatnich czasach przetworów białkowych (mleko, ophtalmosan, lactosteril. caseosan, aolan, Xifal, Yatren) stosowano prawie wyłącznie mleko wyjałowione lub pasteuryzowane po 10 cm³ 10 razy w odstępach parodniowych. Szkodliwego działania ubocznego nie spostrzegano, pomimo że dokonano przeszło 2000 wstrzykiwań u przeszło 200 osób, w tej liczbie u 52 porażeńców. Ciepłota w porażeniu postępującem podnosiła się w połowie przypadków do wysokości 38—39° po pierwszem wstrzyknięciu, po następujących zwykle tej wysokości nie osiągała. Polepszenie zależało od wysokości gorączki

i było w prostym do niej stosunku. Ostatnio w celu osiągnięcia i ustalenia wyższych stopni ciepłoty podwyższano każdorazową dawkę o 1,0—2,0 cm—jednak bez większego powodzenia. Na ogół mleko działało znacznie słabiej niż kazeina i posiadało tę stronę niedogodną, że wobec możliwości anafilaksji nie można go było stosować po dłuższych przerwach. W ostatnich miesiącach zastosowano u 20 porażeńców wprowadzony przez O. Fischer'a z Pragi Phlogetan, składający się z produktów daleko idącego rozpadu białka, które już charakteru białkowego nie posiadają. Wstrzykiwania podskórne stosowano w odstępach 2—8 dni w ilościach wzrastających po 0,2, 0,3, 0,4 i 0,5; po upływie 2 tygodni kurację powtarzano, wzgl. wstrzykiwano w dalszym ciągu po 0,5 aż do ogólnej ilości 40,0 — 70,0; ciepłota naogół nie przewyższała 37,6°, nie jest to więc w ścisłem znaczeniu terapja gorączkowa. Wyniki dotychczasowe były zachęcające, czas obserwacji jednakże był zbyt krótki, ażeby można było powziąć dostatecznie ugruntowaną opinję.

Co się tyczy otępienia wczesnego, to jedynym skutecznym środkiem leczniczym okazała się terapja gorączkowa w postaci zaproponowanej w 1912 r. przez Donath'a terapji proteinowej. Stosowano nuklein dotychczas u przeszło 200 chorych z wynikiem naogół bardzo pomyślnym — zwłaszcza, o ile leczenie rozpoczęte zostało w przeciągu pierwszych 6 miesięcy choroby. Przytem w korzystnem odróżnieniu od porażenia postępującego nawroty choroby nie występowały prawie nigdy. Statystyka Kochanówki może wykazać się przypadkami, które w przeciągu 8 lat pozostają przy zdrowiu. Wyjątek stanowiły przypadki, w których z niewiadomych przyczyn nie można było osiągnąć gorączki pomimo stosowania bardzo wysokich dawek, dochodzących do 7, 8, 10 i nawet 11 gramów jednorazowo. Po upływie roku statystyka przedstawiała się gorzej, gdyż tylko około 25% chorych powróciło do zdrowia lub wykazało bardzo znaczną poprawę. Stosowano zazwyczaj 2 serje, składające się z 10 wstrzykiwań każda; o ile po pierwszej serji poprawa nie występowała, to zwykle i druga serja nie dawała pomyślnego wyniku. Stosowanie nukleiny po upływie 2 lat było zawsze niemal zupełnie beznadziejne. Przy stosowaniu mleka w otępieniu wczesnem nie stwierdzono ani jednego wyzdrowienia, które mogłoby być przyczynowo uzależnione od wstrzykiwań; ciepłota przeważnie nie dosięgała 38°, pozostając w większości przypadków poniżej 37,5°, a często nie dochodząc nawet do 37°.

W leczeniu padaczki doskonałe wyniki dawał luminal (Gardenal), który w dawkach od 0,08 do 0,12 dwa razy dziennie wstrzymywał napady w znakomitej większości przypadków. Na 112 przypadków stwierdzono 3 razy wysypkę, która zmuszała do zaniechania środka. Po długiem stosowaniu luminalu stwierdzono w 14 przypadkach zniknięcie odruchów rzepkowych bez żadnych innych dolegliwości ze strony kończyn dolnych. Po nagłem przerwaniu środka napady zawsze wracały, jest on więc objawowym—i co do skuteczności o wiele przewyższa brom. W przypadkach, w których nie był dość skuteczny, dawała dobre wyniki kombinacja z bromem lub z kalium bitartarico boraxatum.

D-r E. Artwiński i *D-r J. Kostrzewski.* (Kraków). O próbach leczenia porażenia postępującego gorączką powrotną.

Szczepiono 12 chorych gorączką powrotną: materjałem do szczepienia była wyłącznie krew chorych na gorączkę powrotną, krew szczepiono najczęściej w ilości trzech cm.^{3}. W trzech przypadkach stwierdzono już w kilka godzin po wstrzyknięciu krwi stan podgorączkowy, który wkrótce przeszedł w wysoką gorączkę, dłużej zaś niż trzy dni trwającego okresu wylęgania nie spotkano u żadnego z chorych. Z pomiędzy 12 chorych zakażonych gorączką powrotną wyzdrowiało 8, a zmarło 4. U każdego z 4 zmarłych przyczyną śmierci była nie sama przez się gorączka powrotna, ale w trzech wypadkach zapalenie płuc, a w jednym odleżyna i posocznica. Okres czasu od zakażenia do ustąpienia gorączki powrotnej, wynosił licząc od dnia zaszczepienia, od 19 do 34 dni. Remisje osiągnięto w 6 przypadkach; remisje te jednakże jedynie z punktu widzenia życia praktycznego można było uważać za całkowite, gdyż ścisłe badanie wykazywało zawsze jakieś mniejsze lub większe ubytki psychiczne. W 4 przypadkach stwierdzono nietylko remisje psychicznie, ale również i znaczną poprawę płynu mózgowo-rdzeniowego (odczyn Bordet-Wassermanna, Nonne-Apelta i pleocytoza). Z badań tych wynika, że-im wcześniej dokonywa się szczepień, tem lepsze otrzymuje się wyniki. Okazało się również, że nie ma dotychczas podstaw, któreby pozwalały rokować co do przebiegu u chorych szczepionych gorączką powrotną, ponieważ czasem bardzo wczesne paraliże nie ulegają poprawie, a inne znowu, znacznie dłużej trwające, dają remisje. Znaczne niebezpieczeństwo szczepień istnieje u chorych z głębszem otępieniem przy

objawach charłactwa. Chorzy leczeni swoiście i gorączką powrotną wykazują większy procent remisji, niż chorzy leczeni wyłącznie swoiście lub nie leczeni wcale.

D-r Al. Piotrowski (Dziekanka). Uwagi z zakresu mianownictwa psychjatrycznego: „otępienie“, „otępienie wczesne“, „dementia praecox“.

Po wstępie historycznym referent omówił znaczenie terminu „otępienie“, który w zasadzie oznacza trwały ubytek wzgl. zanik władz duchowych stwierdzony w psychozach organicznych. W tym wypadku używanie terminu jest uzasadnione, nie jest natomiast uzasadnione w przypadkach niedorozwoju psychicznego (w idjotyzmie, głuptactwie), gdzie żadne władze duchowe nie zanikają, ponieważ częściowo brak ich jest zupełnie. W lżejszych przypadkach niedorozwoju udaje się nawet umysłowość do pewnego stopnia rozwinąć. Co się tyczy terminu „otępienie wczesne“, to, ponieważ w ogromnej większości wypadków oględziny pośmiertne nie wykazują zadnych dostrzegalnych zmian w mózgu i ponieważ cierpienie to, jak to wykazały nowsze badania kliniczne, psychopatologiczne i eksperymentalne, bynajmniej nie prowadzi do bezpowrotnego zaniku władz duchowych i bynajmniej nie może obecnie uważane być za chorobę nieuleczalną, przeto nazwa „dementia praecox“ czyli „otępienie wczesne“ z powodu zawartego *implicité* złego rokowania jest niewłaściwa i błędna. Większość psychjatrów wyraziła się przeciw używaniu terminu kraepelinowskiego — i w nowszych czasach wyraz „schizofrenja“ wypiera termin „dementia praecox“. W Dziekance zamiast „otępienie wczesne“ używa się określenia „psychozy z rozszczepieniem osobowości“. Referent proponuje zamiast tego termin „rozprzężenie psychiczne“ i uzasadnia tę propozycją.

D-r Bielawski Oskar — Dziekanka: Przyczynek do tematu: Senne marzenia i pokrewne im objawy psychiczne w schizofrenii.

Opierając się głównie na badaniach Jaspers'a i Bleuler'a autor przeprowadza szczegółowe, ilustrowane przykładami kojarzeń i urojeń psychicznie chorych, porównanie między mechanizmami marzenia sennego i objawami schizofrenji, które się streszcza w następujących tezach:

1) Większa część objawów psychicznych w schizofrenii nie różni się niczem od objawów w sennych marzeniach.

2) Pozostałe objawy zasadnicze mogą być pojmowane jako wynik wahania stopnia stanu świadomości — od myślenia uważnego aż do stanu sennego (marzeń sennych) na jawie, tam i z powrotem, przez co rwą się, zastępując się przytem nawzajem, z koleji, to stany świadomości normalnej, to treść marzeń sennych, to znów stany przejściowe.

3) Wszystkie zasadnicze objawy psychiczne w schizofrenji mają stały związek z stopniem i formą zaburzenia uwagi i mogą być pojmowane, jako wynik tych zaburzeń.

D-r Pieńkowski St. K. Klinika chorób nerwowych i umysłowych Un. Jag. w Krakowie. — Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu *).

Praca ma na celu: 1) analizę zaburzeń psychicznych przy enceph. leth. 2) zorjentowanie się w zespołach i stanach psychopatologicznych przy tej chorobie. 3) poznanie jej przebiegu z punktu widzenia psychjatrycznego. 4) stosunek omawianych zaburzeń do innych chorób, 5) ujęcie syntetyczne zmian psychicznych w stanach następowych lub przewlekłych. Materjał pracy składa się z około 200 przypadków, obserwowanych przeważnie w klinice w latach 1918 — 22 w ciągu czasu średnio wynoszącego ponad $1^1/_2$ roku i dochodzącego do 40 miesięcy: większość chorych — z wielkiej pandemji 1919/20 r.

Wyraźnej współzależności między obarczeniem dziedzicznem, przeżytą poprzednio chorobą i charakterem zaburzeń psychicznych wykazać się nie da (obarczenie dziedziczne w $18^0/_0$, choroby umysłowe, głównie nerwowe w $17^0/_0$). Grypa nie odgrywa żadnej uprzywilejowanej roli. Do cech istotnych choroby należy zaliczyć: 1) przebieg z wyraźną tendencją do okresowości, 2) prawie stałe przechodzenie w stan przewlekły, 3) występowanie określonych cech fizycznych i psychicznych, nadających piętno całej chorobie i rzadko spotykanych przy innych chorobach, 4) wytwarzanie się w stanach przewlekłych charakterystycznych nieomal patognomonicznych objawów:

*) Tę cenną pracę kol. Pieńkowskiego, na którą zwracamy specjalną uwagę Czytelników, podajemy w nadmiernem skróceniu wyłącznie ze względów finansowych i ze względu na to, że w najbliższej przyszłości ukaże się w całości w „Rozprawach Akademji nauk lekarskich“. (Przyp. Red.).

W przebiegu choroby należy odróżniać 4 okresy: I. Okres zwiastunów, trwający godziny lub dni, którego b. często brak. II. Okres ostry, rozpadający się zwykle na 2 fazy: 1) objawów wstępnych z bezsennością, zaburzeniami psychicznemi i ogólnymi objawami fizycznymi — o trwaniu 1—4—7 dni. 2) właściwy ostry okres, trwający od kilku dni do kilku tygodni, rzadziej miesięcy: zaburzenia czuwania i snu, często z t. zw. śpiączką; zaburzenia psychiczne, ruchowe, oczne i ogólne toksyczno-infekcyjne. III. Okres przejściowy, trwający od kilku miesięcy do kilku lat, rzadziej tygodni, z zaburzeniami snu i czuwania, często w formie bezsenności, wybitnemi zaburzeniami ruchowemi w formie hyperkinezy-akinezy, zmianami tonusu, zaburzeniami w systemie wegetatywnym, zaburzeniami psychicznemi i innemi: w tym okresie — rzadko wyzdrowienie (często pozorne), śmierć, najczęściej przejście powolne do okresu następnego. IV. Okres przewlekły lub stanów następowych z utrwaleniem się pewnych typów zejściowych, charakterystycznych pod względem fizycznym i psychicznym.—Remisje i egzacerbacje nie należą do rzadkości.

W początkowych okresach walczą o pierwszeństwo dwa zasadnicze stany patologiczne: majaczenie (delirium) i odrętwienie (stupor): majaczenie ma najczęściej charakter zajęciowy z licznymi omamami, uszeregowanymi w łańcuchy plastyczne inscenizowanych obrazów, bez silniejszego przymroczenia świadomości i większego podniecenia psychoruchowego, z większemi nasileniami — nocą. U młodych i dzieci można mówić o podnieceniu hypomanjakalnem. W razie silniejszego zamroczenia i podniecenia stan ten przypomina majaczenie padaczkowe. Wreszcie częste są przykre omamy somatopsychiczne z silnem zabarwieniem uczuciowem, zwykle przy objawach bólów i myoklonii. Majaczenie zdarza się w całym okresie ostrym i przejściowym, stopniowo zanika, zjawia się potem tylko nocą lub sporadycznie. Już w ostrym okresie dołącza się zawsze odrętwienie, stanowiące istotną część stanu, określanego jako senność, sen, śpiączka, letarg, stupor, coma i t. d.; w odrętwieniu należy się dopatrywać istotnej, stałej, i charakterystycznej cechy. U podstawy tego stanu leżą zaburzenia toniczne i w dziedzinie afektów. Zależnie od towarzyszących objawów odróżnia się całą skalę form: najczęściej istnieje połączenie odrętwienia z majaczeniem, rzadziej nieco — samo odrętwienie, jeszcze rzadziej — samo majaczenie, ale i tu utajone niejako odrętwienie zapanowywa wkrótce nad obrazem. Czasem trudności rozpoznawcze z powodu odchyleń od głównego typu i wybujałości, zależnych najpraw-

dopodobniej od własności danej konstytucji. W okresie przejściowym do głównych składników dochodzą silne bóle, zaburzenia ruchowe, zaburzenia w napięciu mięśni i one tu raczej nadają piętno obrazom klinicznym: zmiany fizyczne opanowują cały obraz, co nie pozostaje bez wpływu na stan psychiczny. Majaczenie najczęściej słabnie i znika, natomiast odrętwienie drąży w głąb i niszczy w sposób wyborczy pewne korelacje psychofizyczne. Najrzadszem jest wyzdrowienie. 90% przypadków autora, badanych conajmniej po 12 mies., wykazuje objawy parkinsonowskie. Stanowi temu towarzyszą zawsze objawy psychiczne, określane zwykle jako apatja, torpor, stupor, depresja, nawet demencja. Te zaburzenia psychiczne są odrębne od znanych dotychczas w psychopatologji: mamy tu szereg masek, a chorzy, noszący te maski, są dalecy od ich wyrazu; dopiero zaglądając pod maskę można stwierdzić właściwe zmiany psychiczne; zmieniona psychika karykaturuje się przez zmieniony aparat ekspresji. Naogół władze intelektualne są zachowane; brak zaburzeń świadomości; orjentacja, percepcja i apercepcja — bez zmian; również — pamięć i uwaga; brak zaburzeń afatycznych, apraktycznych, agnostycznych. Mimo to na wszystkich tych procesach kładzie się jakiś cień. Zmieniona jest orjentacja co do własnego ciała: chorzy nie nadążają niejako w korygowaniu błędów, wypływających z wielkiej ilości patologicznych czuć organicznych. Najistotniejsze zaburzenia występują w zakresie życia afektywnego: 1) osłabienie poruszeń afektywnych, zależnych od życia wewnętrznego i występujących samorzutnie, tendencja do zupełnego spokoju afektywnego. 2) wzmożona pobudliwość afektywna na podniety pochodzące zzewnątrz z jednocześnie zmienionym co do ilości i jakości przebiegiem procesów afektywnych: nagłe wahania i towarzyszące im fałszywe wyładowania nerwowe; życie afektywne rozgrywa się bardziej automatycznie, skokami. W dziedzinie woli pobudzenia popędowe nie uczestniczą niejako w walce motywów. Te zmiany psychiczne prowadzą do dysocjacji między osobowością poznającą i poznawaną, do zmian charakteru i temperamentu. Dyssocjacja w dziedzinie psychiki idzie zatem w parze obok dyssocjacji w dziedzinie życia organicznego (parkinsonizm).

Na tem tle system popędów może wyrastać do potwornych rozmiarów niczem nowotwór psychiczny, co się dzieje zwykle u dzieci, u których hamulec i opory straciły kontakt z popędami lub też mogły osłabnąć pierwotnie. U starszych z wykształconymi już oporami

i hamulcami stosunek ten ulega znacznemu rozluźnieniu i prowadzi zależnie od innych, może często organicznych czynników, do całej skali odcieni, zaczynając od lekkiej trudności w decyzji i drażliwości, a kończąc na typie człowieka popędowego, człowieka o wyrazie klinicznym, zbliżonym do najcięższych form psychopatji konstytucjonalnych.

W przewlekłych i następowych okresach odróżnia autor: 1) stany podobne do psychopatji ustrojowej, występujące w większości przypadków albo pod postacią moral insanity, lub lżejszych zmian charakteru, przypominających typy psychoneurotyczne lub katatoniczne. 2) stany z przewagą odrętwienia (stuporu), przy których często nie można zupełnie dotrzeć do psychiki, w formie stałej lub naprzemiennej ze zwolnieniem w nocy; bywa i podniecenie; 3) stany atypowe, do których należą nieliczne inne: asteniczne, Korsakow, pseudoparalityczne, dementywne. — W końcu zaznaczyć należy, że uderzającym jest fakt równoległości owej dysocjacji fizycznej i psychicznej zarówno przy encephalitis, jak i przy wszystkich innych chorobach organicznych z objawami extrapiramidowymi.

Autor wyprowadza następujące wnioski: 1) zaburzenia psychiczne przy omawianem cierpieniu są objawem stałym i spotykają się we wszystkich okresach choroby. 2) W ostrych okresach dwa głównie stany nadają charakter obrazom klinicznym: stany majaczeniowe i stany odrętwienia. 3) W dalszych okresach majaczenie ma tendencję do zanikania, odrętwienie do nasilania się. 4) Letarg ostrego okresu jest pojęciem zbiorowem, na które składa się kilka pierwiastków, a mianowicie: właściwa senność, jako objaw fizyczny, zależny od zaburzeń toksyczno-infekcyjnych, przymroczenie świadomości, jako składnik majaczenia, i właściwe odrętwienie. 5) W dalszych okresach znikają pierwsze dwa składniki, pozostaje trzeci. 6) Zaburzenia psychiczne w przewlekłych czy następowych okresach spotyka się stałe i występuje w ogromnej większości przypadków w formie zupełnie jasnych zmian charakteru o różnem nasileniu. 7) Charakterystycznem jest zatem silne podkreślenie odrętwienia, fazowy przebieg zaburzeń psychicznych i zejściowe zmiany charakteru. 8) Najczęstsze stany następowe, zwane parkinsonizmem, charakteryzują się dyssocjacją w zakresie systemu wegetatywnego, ruchów wyrazowych ogólnych, zautomatyzowanych i dowolnych; podobnie i zaburzenia psychiczne w tych stanach polegają na dyssocjacji w zakresie afektów, popędów i intelektu. 9) Istnieje duże podobieństwo między zaburzeniami psychicz-

nemi w późnych okresach encephalitu a zaburzeniami przy wszelkich innych chorobach nerwowych z objawami extrapiramidowymi. 10) Inne objawy psychiczne, spotykane w różnych okresach choroby stanowią znikomą mniejszość i zależą częściowo od momentów ustrojowych lub nasilenia choroby.

D-r Maurycy Bornsztajn. Zaburzenia psychiczne w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu.

Wnioski, dotyczące zaburzeń psychicznych w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu dadzą się sformułować w sposób następujący:

I. W okresie ostrym choroby występują głównie stany majaczeniowe o rozmaitem natężeniu i rozmaitym czasie trwania. Przeważnie przebiegają te zaburzenia z zachowaną zdolnością pojmowania i mało zmienioną zdolnością zapamiętywania; zdarzają się jednak stany cięższe z głębszymi zaburzeniami świadomości i z zupełną niespojnością myśli, s.any amencyjne. Stany te w swej strukturze psychologicznej niczem nie różnią się od znanych już przedtem stanów majaczeniowych w chorobach zakaźnych lub organicznych cierpieniach mózgu.

II. Jako następstwa zapalenia mózgowego nagminnego występują najrozmaitsze zaburzenia psychiczne, począwszy od stanów psychonerwicowych, aż do stanów psychotycznych w rodzaju melancholji lub stanów podobnych do schizophrenji katatonicznej.

III. U dzieci i nieletnich spostrzegamy dwojakiego rodzaju zaburzenie psychiczne, wiekowi dziecięcemu i młodzieńczemu właściwe.

a) z jednej strony zmiany charakteru w kierunku psychopatycznym, najbardziej zbliżone do t. zw. niezdrowia moralnego;

b) z drugiej — stany typu „moria“ z głupkowatą wesołością, dokuczliwością i otępieniem o charakterze organicznym.

III. Zmiany psychiczne w t. zw. zespołach parkinsonowych po śpiączce nagminnej mają tylko zewnętrzne podobieństwo z schizophrenią katatoniczną, w samej istocie swej różnią się od niej zasadniczo; są one w ogromnej mierze rezultatem zaburzeń ruchowych w parkinsonizmie, po części zaś imponują tylko, jako psychiczne, a są w istocie pochodzenia organicznego, jak czynności przymusowe, stereotypowe i t. d. Łącznikiem między parkinsonizmem a schizophrenią katatoniczną są jądra podstawowe mózgu, które w parkinsonizmie są dotknięte przez proces zapalny, zaś w schizophrenji dają objawy podobne na skutek tego, że podrażnione są przez proces psychiczny schizophreniczny.

IV. Zmiany charakteru i usposobienia u dzieci oraz stany neurasteniczne i stany psychotyczne w rodzaju hypomanjakalnego pobudzenia lub melancholji, napotykane w przebiegu śpiączki letargicznej, objaśnić sobie można na razie tylko w ten sposób, że sprawa organiczna wyzwoliła tkwiące w danym osobniku usposobienie do psychopatji, psychonerwicy, lub hyper-hypothymicznych zespołów psychotycznych.

D-r Handelsman Józef. Tworki. Zaburzenia psychiczne w zespole parkinsonowskim poencephalitycznym.

Po wstępie historycznym, rozważaniach anatomicznych, bardzo szczegółowo streszczonej symptomatologji śpiączki (według podziału Flataua) i rozpoznaniu różniczkowem między chorobą Parkinsona i zespołem parkinsonowskim poencephalitycznym autor podaje dla zobrazowania zaburzeń psychicznych przy tem cierpieniu 5 własnych przypadków. Zmiany w sferze psychiki nie zawsze są równoległe ze zmianami zespołu parkinsonowskiego. Najsłabszą postacią zmian psychicznych jest postać neurasteniczna lub psychasteniczna przy bardzo słabo zaznaczonym zespole parkinsonowskim. Najczęstsze są psychiczne zmiany, polegające na indolencji, zobojętnieniu, niechęci do jakiegokolwiek czynu, apatji, znacznem zaburzeniu inicjatywy; indolencja niekiedy może przejść w depresję. Trzecim prawie stałym objawem są stereotypje i perseweracja. W dziedzinie intellektu zmiany polegają na zwolnieniu operacji myślowych, jako skutku „zesztywnienia“ psychicznego. Druga postać zatem zaburzeń psychicznych przy zespole parkinsonowskim ogromnie przypomina katatonię. Podobieństwo to jest podkreślane przez wielu autorów. Autor proponuje dla tych stanów nazwę pseudokatatonia postencephalitica.

Obok form neurastenicznej i pseudokatatonicznej podaje autor, jako trzecią postać zaburzeń psychicznych, formę „moria“, charakteryzującą się euforycznem przytępieniem, dowcipkowaniem, defektami inteligencji.

Autor pragnie zwrócić uwagę na znaczenie zwojów podstawy mózgu w psychopatologji, powołując się na badania Kleista nad stosunkiem katatonicznych zaburzeń ruchów do zaburzeń ruchowych w cierpieniach móżdżka, zwojów podstawowych i kory. Kleist przyszedł do wniosku, że siedliska niektórych objawów psychomotorycznych (akinetyczne objawy, mutacyzm, objawy kataleptyczne, ruchy pseudospontaniczne) należy szukać przedewszystkiem w ciele prążkowanem; jednak dane te nie są jeszcze pewne. Ze względu na nadzwyczajną analogję

cech zewnętrznych i duże podobieństwo niektórych cech psychicznych pseudokatatonii poencephalitycznej i katatonji schizofrenicznej hypoteza umiejscowienia w jądrach podstawowych mózgu istoty katatonji staje się niezmiernie pociągającą, jednak dopiero dokładna retrospektywna analiza w kierunku etiologji katatonji, a zwłaszcza dalsze badania anatomo-patologiczne dróg pozapiramidowych w katatonji będą w stanie hypotezę tę wyjaśnić i stosunek ten ugruntować; dotychczas hypoteza ta, jako niemająca dostatecznych podstaw, pozostawia kwestję tę otwartą.

Dr Majbardziuk P. (Wilno). Epidemja t. zw. „śpiączkowego zapalenia mózgu" w Odesie w r. 1919/20 i 1921.

Autor podaje spostrzeżenia prof. Rajmista i własne, poczynione w czasie wymienionych w tytule epidemji.

D-r Franciszek Wichert. (Z kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego). Zespół Parkinsonowski w porażeniu postępującym.

Autor obserwował trzy przypadki porażenia postępującego (jednego w klinice neurologicznej, 2-ch w kl. psychjatrycznej), które naśladowały drżączkę poraźną i które można wyodrębnić w osobną— parkinsonowską — postać porażenia postępującego.

We wszystkich trzech przypadkach stopniowy, stale postępujący zanik inteligencji, euforia, brak reakcji źrenic na światło, mowa charakterystyczna, polegająca na zacinaniu się, przestawianiu i powtarzaniu sylab, wreszcie dodatnia reakcja Bordet-Wassermanna w płynie (także i we krwi) dodatni odczyn Widala-Siccard'a w modyfikacji Nonne Apelta, a opócz tego w 2-im i 3-im pleocytoza i wzmożona ilość białka, stwierdzają porażenie postępujące, za wyjątkiem przypadku 1-go, gdzie rozpoznanie może się wahać pomiędzy paralysis progressiva a lues cerebri. Oprócz tego, we wszystkich tych przypadkach stwierdzono pewną ilość objawów, nie spotykanych w zwykłym obrazie porażenia postępującego: niezwykłe pozycje tułowia i ułożenie kończyn, wzmożenie napięcia mięśniowego, ruchy myokloniczne i różnorakie drżenia. Ustawienie tułowia, przechylenie naprzód i skręcenie na bok miało cechy niezmienności, kończyny były zgięte, w barkach lekko odwiedzione, ręce w dwu przypadkach ustawione daszkowato z przykurczeniem palców, twarz maskowata. Cała postać, wejrzenie zewnętrzne chorych, ułożenie kończyn, postawy ciała

i przeważnie chód pokrywały się mniej lub więcej dokładnie z obrazem, spostrzeganym przy zespole Parkinsona. Wrażenie to potęgowało się wskutek drżenia rąk, które w dwuch przypadkach odpowiadało nawet pod względem ruchu kręcenia pigułek drżeniu Parkinsonowskiemu. Za tym, że w tych przypadkach mamy rzeczywiście do czynienia z zespołem Parkinsona przemawia cały szereg dalszych objawów, mianowicie: charakter stężenia mięśniowego (plastyczny, względnie zębiasty, nigdy elastyczny), spowolnienie ruchów i wogóle mała ruchliwość chorych, stojąca w pewnym kontraście do ich euforji, czasem kataleptyczność, nadmierna wybujałość odruchów zatrzaskowych, agonistycznych i antagonistycznych, prowadząca do dłużej utrzymującego się niepokoju mięśniowego po ukończeniu każdego ruchu, wreszcie rozstrzygająco za rozpoznaniem parkinsonowskiego, więc pozapiramidowego charakteru tych zaburzeń przemawia brak objawów piramidowych, t. j. wzmożenia wybitniejszego odruchów głębokich, brak różnicy odruchów po obu stronach, brak odruchów spastycznych patologicznych, żywość odruchów skórnych. Opisany tu zespół Parkinsona u chorych jest zjawiskiem stałym, przez cały czas obserwacji trwale się utrzymującym. W przebiegu klinicznym omówionych trzech przypadków zwraca uwagę występowanie ataków paralitycznych, a także brak urojeń wielkości, podnieceń i wogóle wszelkich objawów ekspansywnych. Objawy pozapiramidowe w porażeniu postępującym nie są rzeczą b. rzadką. Znany jest dobrze psychjatrom wygląd paralityków w okresie daleko posuniętego cierpienia, ich postać pochylona ku przodowi, chód nieraz drobny, drepczący, znieruchomienie, twarz zastygła, częste przykurczowe ustawienie kończyn, hypertonja. Objawy te, nie dające się zazwyczaj tłumaczyć zajęciem dróg piramidowych, wskazują na schorzenie układu pozapiramidowego.

Na dostępnym materjale 39 chorych na p. p. u 10 stwierdził autor obecność objawów pozapiramidowych takich, jak wygórowanie odruchów przeciwniczych, zatrzaskowych, niepokój mięśniowy po ruchach, a w 13 wzmożenie odruchu nosowo ocznego, który Simchowicz, Orzechowski stwierdzili przy parkinsonizmach poencephalitycznych.

Drżenie w p. p. miewa najrozmaitszy charakter. Obok zwykłego drżenia spotykamy ruchy mające charakter myoklonji, to znowuż pląsawicy rytmicznej, albo niepokój mięśniowy podczas ruchów i po nich, który często bywa skutkiem wzmożenia odruchów antagonistycznych, wreszcie drżenia o charakterze typowo Parkinsonowskim.

Objawy pozapiramidowe wogóle, a zespół Parkinsonowski w szczególności w porażeniu postępującym tłumaczy autor, przypuszczając zaatakowanie przez proces chorobowy jąder podstawy mózgu (striatum i pallidum), albo izolowanie tych jąder od impulsów z kory mózgowej, które może mieć miejsce przy zaniku pewnych płatów kory mózgowej (płaty czołowe).

Młody względnie wiek chorych, szybki rozwój zespołu parkinsonowskiego, a także równoległość jego rozwoju z rozwojem porażenia postępującego, przemawiają przeciwko współistnieniu w tych przypadkach choroby Parkinsona, w wywiadach zaś nic nie przemawia za przebytym encephalitem.

Przytoczone tutaj przypadki uzasadniają wyróżnienie jeszcze jednej odrębnej postaci porażenia postępującego, cechującej się współistnieniem zespołu Parkinsona jako jednego z objawów tej choroby. Postać tę należy klinicznie wyosobnić pod nazwą Paralysis progressiva parkinsonoides.

D-r Juljan Morawski (Kocborów — Pomorze). Mendelizm w psychjatrji.

Uznając za słuszne w zasadzie zastosowanie do badań nad dziedzicznością wogole u ludzi zasad mendelizmu, które wiążą w jedno nasze pojęcia o dziedziczności prostej, ukrytej, atawistycznej, ubocznej, równopłciowej, skrzyżowanej, wielopostaciowej i t. d., nie możemy jeszcze uważać za możliwe zastowania tych zasad w dziedzinie tak złożonej, jak dziedziczenie chorób umysłowych. Badania jednak tego rodzaju, z konieczności zajmujące się analizą cech oddzielnych, za jakie przyjmowano choroby umysłowe, zgromadziły całą masę cennych faktów. Łącznie z wynikami prac szkoły biometrycznej i prowadzonemi jeszcze obecnie przez wielu autorów badaniami w rodzaju dawniejszych kierunków (przed mendelizmem), zastosowane do panujących obecnie przekonań o związku chorób umysłowych z działalnością gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, układem współczulnym, naczynioruchowym i t. d. posunęły one znacznie naprzód nasze pojęcia nie tylko o tem, co się dziedziczy, ale i o tem, jak się dziedziczy. Zarazem jednak przeprowadzone dotychczas badania stawiają pewne wymagania do dalszych prac w tym kierunku. Obecnie w Anglji, Ameryce, Francji, Niemczech istnieją specjalne instytucje, zajmujące się zbieraniem i opracowywaniem materjału, tyczącego się dziedziczności u ludzi. Dość wspomnieć chociażby prace angielskie

Galton'a, Pearson'a i ich uczniów, bogaty plon (choć nie zawsze krytycznie opracowany) amerykańskich instytucyj, wreszcie cały szereg prac, wydanych przez niemieckich badaczów, specjalne czasopisma i najrozmaitsze towarzystwa eugenetyczne. W polskiej literaturze badań odnośnych posiadamy bardzo mało, nie mamy żadnego ośrodka nawet informacyjnego, od czasu do czasu zjawiają się przeważnie niewielkie prace, oświetlające sprawę nieraz jednostronnie. Koniecznem jest obecnie, chociażby ze względu na znaczny rozwój eugenetyki, stworzenie pewnej instytucji centralnej, chociażby przy jednej z klinik uniwersyteckich, mającej na celu zbieranie i opracowywanie materjałów tyczących się dziedziczności, utworzenie odpowiedniego księgozbioru, wejście w porozumienie z odnośnemi towarzystwami zagranicznemi i umożliwienie poszczególnym badaczom wszechstronnego zajęcia się danym przedmiotem. Rozwój eugenetyki postawił cały szereg kwestyj praktycznych i teoretycznych co do dziedziczności u ludzi i ten lub inny rozwój prawodawstwa naszego w pewnych kierunkach zależeć będzie od gruntownej znajomości nie tylko poglądów anglików, francuzów, amerykanów i niemców, ale i warunków polskich, o których my narazie wiemy zbyt mało. Wystarczy przytoczyć kwestje wyjaławiania umysłowo chorych i przestępców, świadectw przedślubnych i t. d. Dlatego też utworzenie odpowiedniej placówki naukowej trzeba uważać za niezbędny postulat najbliższej przyszłości.

D-r Wirszubski (Wilno). Przyczynek do psychopatologji żydów. Autor stwierdza niezmierne rozpowszechnienie wśród kresowych żydów litewsko-polskich skłonności do chorób nerwowych i psychicznych, a w szczególności do psychastenji u mężczyzn i do histerji u kobiet. Szczegółowiej omawia autor dwie cechy psychopatyczne, prawie powszechnie dające się stwierdzić w życiu codziennem: skłonność do mędrkowania i obawę przed zasłabnięciem (nosophobia). Tę ostatnią uważa autor za wynik wielowiekowego istnienia żydów bezpaństwowego, a także ortodoksalnego kierunku ich wychowania.

D-r Józef Handelsman (Tworki). Trudności rozpoznania zmian psychicznych w wiądzie rdzenia.

Analiza obserwowanych w przeciągu $6^1/_2$ lat w szpitalu w Tworkach przypadków porażenia postępującego wykazała, że na 117 przy-

padków remisje spostrzegane były tylko 9 razy (8%), przyczem tylko w 3 przypadkach zwolnienia były głębsze: we wszystkich niemal przypadkach tych nastąpił bardzo ostry nawrót—i chorzy umierali w przeciągu najdłużej 1 roku. Natomiast w spostrzeganych 14 przypadkach tabo-paraliżu u 5 chorych nastąpiły zwolnienia (40%) t. j. 5 razy częściej, niż w czystem porażeniu postępującem; remisje te były o wiele głębsze, tak że w okresie ich w trzech przypadkach chorzy zdolni byli do samodzielnego życia. Również i przebieg cierpienia w tabo-paraliżu był o wiele powolniejszy od przebiegu w czystem porażeniu postępującem. Na 117 przypadków porażenia postępującego w 67 przypadkach śmierć nastąpiła w przeciągu 1 roku trwania choroby, niekiedy nawet w pierwszych miesiącach choroby, najdłuższe trwanie choroby (6 lat) spostrzegano 1 raz, 4 lata — 5 razy, ogółem zmarło 87 chorych, a 5 wypisano ze szpitala w bardzo ciężkim stanie. Natomiast na 14 przypadków tabo-paraliżu w 1-szym roku trwania choroby zmarło tylko 3, oprócz tego 2 zmarło po 2 latach, 1 po 3 latach, 1 po 5 latach, jeden po kilkunastu latach trwania choroby. Przytem objawy psychiczne występowały we wszystkich tych przypadkach o wiele słabiej, natężenie tych objawów następowało później, niż w czystem porażeniu postępującem, wskutek czego wiek, w którym rodzina uważa za potrzebne skierować chorego do szpitala jest późniejszy, niż w porażeniu postępującem. Na 117 przypadków porażenia postępującego do 35 roku życia oddanych było do szpitala 29 chorych, 2 najmłodszych nie miało nawet 25 lat; do 40 roku życia więcej niż u 50% chorych zaburzenia psychiczne zarysowywały się w silnym stopniu, w postaci tabo - paralitycznej na 14 chorych do 35 lat oddanych było 2 chorych, do 40 lat jeden, razem 3 chorych czyli zaledwie około 20%, a co najważniejsze, że prawie zawsze objawy narastały bardzo wolno, a drobniejsze zwolnienia choroby, (nie licząc paromiesięcznych remisji) trwały dłużej.

Co się tyczy właściwych psychoz wiądowych, to materjał tworkowski wskazuje, że chorzy cierpiący na wiąd rdzenia skłonni są do rozmaitych zaburzeń psychicznych, jako to drażliwości, egoizmu, bezwzględności względem otoczenia, często cierpienie swoje fizyczne nadmiernie agrawują, a częściej jeszcze z patologiczną euforją bagatelizują je i t. p.; po za tem zdarzają się zmiany w dziedzinie afektu i defekty etyczne. Prawdziwe psychozy tabetyczne zdarzają się bardzo rzadko: są to psychozy ostre, krótkotrwałe (od $\frac{1}{2}$ godziny do kilku dni trwające), recydywujące, o charakterze halucynacyjno-para-

noicznym, zazwyczaj z urojeniami hypochondrycznemi lub też z urojeniami w postaci omamów. Różniczkowanie kliniczne między kiłą mózgową (przy braku objawów ogniskowych) a porażeniem postępującem w przebiegu wiądu rdzenia możliwe jest tylko na zasadzie odczynów serologicznych oraz *ex juvantibus*. Najczęstszą postacią zmian psychicznych w przebiegu wiądu rdzenia jest porażenie postępujące, które różni się do pewnego stopnia od zwykłego porażenia postępującego powolnością rozwoju, lżejszemi zmianami psychicznemi, długotrwałością cierpienia, a zwłaszcza częstemi — niekiedy bardzo długotrwałemi i bardzo daleko idącemi zwolnieniami.

KRONIKA PSYCHJATRYCZNA

= Dokonana przed dwoma laty reorganizacja Ministerstwa Zdrowia Publicznego zredukowała Wydział Psychjatryczny do rozmiarów Referatu, wydzieliła go z sekcji szpitalnej, do której należał i przyłączyła do nowoutworzonego Wydziału Chorób Społecznych, przemianowanego następnie na Wydział Hygjeny Społecznej. Dokonana obecnie ponowna reorganizacja wydziela Referat Psychjatryczny i przyłącza go do Wydziału Zakładów Leczniczych, przyczem przydziela do Referatu wszystkie sprawy dotyczące zakładów psychjatrycznych. Reforma najzupełniej słuszna. Sprawy szpitalne stanowią większość zadań Ministerstwa w zakresie opieki psychjatrycznej, a to tembardziej, że posiadamy trzy państwowe zakłady tego rodzaju, pozostające pod bezpośrednim kierownictwem Ministerstwa. W ten sposób Referat psychjatryczny uzyskuje wpływ na bieg spraw w zakładach. Trzeba mieć nadzieję, że reforma nie zatrzyma się na tym etapie, lecz pójdzie w tym kierunku dalej; że w najbliższym czasie Referat zostanie przekształcony na Wydział, a ten z kolei na odrębny Urząd Psychjatryczny. Dopomina się o to nasz ogół psychjatryczny, czemu dał wyraz w uchwałach, powziętych na trzech kolejnych Zjazdach psychjatrycznych. Niebawem zacznie się o to dopominać życie w postaci głosów prasy, interpelacji sejmowych, wniosków do komisji sejmowych i t. d. Opieka psychjatryczna u nas przekazana została przez zaborców w stanie takiego zaniedbania, że radykalne zmiany w tej dziedzinie są palącą koniecznością. Opieka nad psychicznie chorym stanowi tak powikłany splot czynników lekarskich, społecznych i prawniczych, że rozsadza ramy zwykłe opieki nad chorym i wymaga współdziałania w tej dziedzinie obok czynników lekarskich, także czynników społecznych i prawniczych. Sprostać tym zadaniom może tylko urząd odrębny, w którym uczestniczyłyby wszystkie te trzy czynniki, i któryby ześrodkował wszystkie sprawy, dotyczące opieki psychjatrycznej, kierownictwa nią i nadzoru nad nią. Stanowić to powinno punkt wyjścia wszystkich dalszych poczynań państwowych na tem polu i wtedy tylko poczynania te będą planowe i celowe.

= Przyłączenie Śląska do Ziemi Rzeczypospolitej powiększyło liczbę naszych zakładów psychjatrycznych o dwa wielkie zakłady: w Rybniku na 800 łóżek i w Lublińcu na 1400 łóżek. W ten sposób mamy w tej chwili na całym terenie Państwa 14 większych zakładów psychjatrycznych a mianowicie: na Pomorzu trzy (Wejherowo, Świecie, Kocborowo), w Wielkopolsce trzy (Kościan, Owińska, Dziekanka), na Śląsku, wspomniane powyżej, dwa (Rybnik, Lubliniec), w Małopolsce dwa (Kobierzyn, Kulparków), w b. Królestwie Kongresowem cztery (Szpital św. Jana Bożego w Warszawie i Tworki, a nadto dwa zakłady społeczne: Kochanówka i Drewnica). Terytorjalnie liczby łóżek rozdzielone są bardzo nierównomiernie; b. dzielnica pruska posiada ich nadmiar, pozostałe

wykazują ich brak, nieraz bardzo znaczny. Nadmiar łóżek w zakładach psychjatrycznych b. dzielnicy pruskiej powstał z tego powodu, że nie całe dawne rejencje Gdańska, Poznania i Opola zostały przyłączone do Polski, a liczba zakładów psychjatrycznych tych ziem była obliczona na całość zamieszkującej je ludności. Oba szpitale małopolskie są przeludnione, w Kulparkowie jest około 400 chorych powyżej etatu, a w Kobierzynie 180. Gorzej przedstawiają się stosunki w b. Królestwie Kongresowem, które zawsze cierpiało dotkliwie na brak pomieszczeń dla psychicznie chorych Najgorzej przedstawiają się stosunki na kresach, gdzie jedyny istniejący tam większy zakład psychjatryczny na 1000 chorych w Nowej Wilejce uległ znacznemu zniszczeniu podczas wojny, jest nieczynny i obecnie zajęło go nasze wojsko pod koszary. W ten sposób cała przestrzeń kraju pomiędzy Niemnem i Bugiem a Dźwiną i Horyniem pozbawiona jest całkowicie pomocy w specjalnym zakładzie psychjatrycznym. W tych warunkach jedynym, zresztą tylko tymczasowym środkiem zaradczym, może być wyzyskanie rezerwy łóżek psychjatrycznych, istniejącej w zakładach b. dzielnicy Pruskiej i zadania Ministerstwa Zdrowia Publicznego powinny iść w kierunku jaknajbardziej wydajnego wykorzystania tych rezerw, co z jednej strony zapewni możność dostarczenia ludności pomocy psychjatrycznej tam gdzie jej brak, z drugiej strony uchroni istniejące zakłady na Pomorzu, Śląsku i Wielkopolsce od niebezpieczeństwa przeznaczenia ich na inne cele, do czego starostwa krajowe tych ziem, do których należą zakłady, mogą być zmuszone wobec nadmiernych ciężarów finansowych, jakie pociąga za sobą utrzymywanie zakładów psychjatrycznych z nadmierną liczbą łóżek niezajętych. Starostwo krajowe Pomorskie postanowiło już zamknąć w roku bieżącym zakład w Wejherowie. Z tym samym zamiarem nosi się Starostwo Krajowe w Poznaniu w stosunku do zakładu psychjatrycznego w Owińskach. W zakładzie psychjatrycznym w Kościanie, posiadającym jedyny w państwie zakład odrębny dla niedorozwiniętych dzieci, część pawilonów oddano dla pomieszczenia głuchoniemych. W Rybniku część pawilonów zajęło wojsko wobec braku w nim pacjentów Te zakłady i pawilony mogą być stracone dla psychjatrji bezpowrotnie, a pomiędzy niemi są takie jak np. 5 pawilonów w Wejherowie, które są najpiękniejszemi naszemi urządzeniami psychjatrycznemi, nie wyłączając nawet najlepszego pod względem budowlanym z zakładów naszych Kobierzyna. Uratowanie tych zakładów dla celów psychjatrycznych jest więc sprawą pilną i może najważniejszą z tych, jakie stają przed naszem Ministerstwem Zdrowia Publicznego w tej dziedzinie.

= Polskie Towarzystwo Psychjatryczne, powstałe dzięki inicjatywie i energji organizacyjnej Doc. D-ra R. Radziwiłłowicza w 1921 r., urządziło w krótkim okresie swego istnienia 3 walne Zjazdy: organizacyjny w Warszawie, w maju 1921 r. w Poznaniu, i w maju 1922 r. w Wilnie. W roku bieżącym odbędzie się doroczny Zjazd w tym samym czasie Zielonych Świąt, we Lwowie. Towarzystwo ma sekcje psychjatryczne w Kochanówce, w Krakowie, we Lwowie, w Poznaniu, w Warszawie i w Wilnie. Do Zarządu Towarzystwa wchodzą: Minister D-r W. Chodźko (prezes), Prof. J. Mazurkiewicz (wiceprezes), Doc. R. Radziwiłłowicz (sekretarz), D-r T. Łapiński (skarbnik).

= W końcu ubiegłego roku powstała instytucja o zadaniach bardzo blizkich do zadań naszego Towarzystwa, a mianowicie zostało utworzone w Warszawie z prawem otwierania oddziałów w innych miastach Polskie Towarzystwo Kry-

m i n o l o g i c z n e. Towarzystwo ma na celu wytworzenie warunków współpracy prawników z psychjatrami, ma stanowić forum, na którem byłyby poruszane zagadnienia, obchodzące jednych i drugich. Dotychczas wygłosili na posiedzeniach Towarzystwa referaty Doc. D-r Med. R. Radziwiłłowicz p. t. „Stanowisko psychjatry przy ocenie poczytalności" i D-r Med. J. Bednarz p. t. „Umysłowo chory podejrzany o przestępstwo, a orzeczenie sądowo-psychjatryczne". Porządek dzienny posiedzeń Towarzystwa przewiduje à titre de réciprocité szereg referatów prawniczych. Prezydjum Zarządu Towarzystwa stanowią: sędzia Gumiński, przewodniczący, prof. Grzywo-Dąbrowski (inicjator Towarzystwa) zastępca przewodniczącego, adwokat Rundo sekretarz, członkami Zarządu są: sędzia śledczy Godecki, D-r Łuniewski, ppłk. D-r Nelken, Sędzia Sądu Najwyższego Wisznicki. Siedzibą Towarzystwa jest Koło Prawników (Warszawa, Rysia 3). Współpraca przedstawicieli obu gałęzi wiedzy prawa i psychjatrji, pożądana zawsze ze względu na obszerny zakres zadań wspólnych jest szczególnie pożądana w dobie obecnej, kiedy Komisja Kodyfikacyjna projektuje nowe kodeksy i nowe procedury polskie, mające na celu ujednostajnienie również przepisów prawnych w różnych dzielnicach i kiedy wszystko nieledwie na tych polach jest do zrobienia, a życie domaga się nowych form dla nowych treści. W tych warunkach nie może zabraknąć Towarzystwu materjału do pracy, a zarówno skład kierownictwa Towarzystwa, jak dotychczasowe jego poczynania dają pewność że praca jego będzie wydajna i owocna.

═ Rok bieżący przynosi ze sobą powiększenie liczby naszych placówek pracy naukowej o jedną nową. Na uniwersytecie wileńskim powstaje k a t e d r a p s y c h j a t r j i, utworzona niezależnie od istniejącej katedry neurologji, zgodnie z żądaniem powszechnie przyjętem przez nasz psychjatryczny ogół.

═ Z powodu wypełnienia pierwszego zeszytu „Rocznika" pracami Zjazdu Wileńskiego, Redakcja zmuszona jest odłożyć do następnego zeszytu zapowiedziane w „Słowie wstępnem" zapoczątkowanie materjałów do polskiego mianownictwa psychjatrycznego.

LES RÉSUMÉS.

W. Makowski. La collaboration des aliénistes avec des juristes. L'auteur (actuellement Ministre de la Justice) développe l'idée, que le progrès de psychiatrie a mis en doute le principe même de la culpabilité et de la responsabilité, differenciées d'une façon subtile par les juristes. La collaboration des aliénistes et des juristes est bien possible si elle repose sur le principe de la défense sociale et de la sécurité publique, — à condition d'éliminer la conception „métaphysique" de la culpabilité. Ce principe est déjà appliqué aux jeunes criminels, mais une telle construction de la juridiction criminelle toute entière est encore loins d'être réalisée, quoique le nouveau projet du code criminel italien essaye déjà d'éliminer la conception de la culpabilité.

R. Radziwiłłowicz. L'aliéniste et le problème de la responsabilité. D'une façon formelle la responsabilité n'interesse que le juriste, mais en réalité l'aliéniste établie dans l'expertise son opinion sur la responsabilité d'un inculpé, sans employer le terme. La conception du déterminisme absolu ne peut être appliquée qu'aux cas d'irresponsabilité totale; et au contraire, si l'on veut se baser sur le principe de l'indéterminisme, la responsabilité est toujours rélative.

A. Falkowski. Classification anatomo-pathologique des lésions du corps strié. Après un aperçu de nos connaissances des lésions du corps strié suivant le bibliographie du sujet, l'auteur donne la description clinique des 3 cas observés par lui, dont deux furent autopsiés. L'examen anatomique a confirmé le diagnostic.

O. Bielawski. La cryptomnésie chez les aliénés. La methode d'Edouard Abramowski (Journal de psychologie normale et pathologique 1910) fut appliquée par l'auteur aux 7 aliénés, 2 personnes saines âgées de 73 et 75 ans et quelques sujets sains d'âge moyen. La résistance négative apparait chez les aliénés frequemment, quoiqu' elle ne peut pas être considérée comme effet des troubles de la mémoire actuelle. La résistance nulle apparaît beaucoup plus souvent au cours des lésions organiques de l'encephale, qu'au cours des autres états morbides.

W. Sterling. Les troubles mentaux chez les eunuchoïdes Ils se composent—d'après les recherches de l'auteur— des trois éléments: épileptique, oligophrénique et disdiasthématique, dont au moins un existe dans chaque cas d'eunuchoïdisme. On rencontre les éléments épileptique et disdiasthématique, qui sont certainement de nature disendocrinologique, dans toutes les trois formes cliniques de l'eunuchoïdisme. Au contraire, l'élément oligophrénique probablement n'a pas des rapports intimes avec la sécrétion interne et appartient plutôt à la catégorie des phénomènes constitutionels de ia dégénérescence.